**CT検査依頼・診療情報提供書（ＦＡＸ用）**

**ＦＡＸ送信先：048-882-2887**

依頼施設名：　　　　　　　　　　　　　依頼年月日：　　　　　年　　　月　　　日

依頼医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

ＦＡＸ

**検査日：　　　　月　　　　日　　午前・午後　　　　　時　　　　分**

（お伝えした日時をご記入下さい）

|  |
| --- |
| **依頼検査名：　*ＣＴ　　　造影なし　　造影あり　　造影一任*** |
| **1）頭部** | **頭部単純　副鼻腔　眼窩　顔面骨　要骨条件（詳細：　　　　　）** |
| **2）頚部** |  **（詳細：　　　　　　　　　）** |
| **3）胸部** | **乳腺**  　 **（詳細：　　　　　　　　　）** |
| **4）腹部** |  **（詳細：　　　　　　　　　）** |
| **5）骨盤** | **骨盤骨（左・右　股関節）　　　 （詳細：　　　　　　　　　）** |
| **6）頚部～胸部** |  **（詳細：　　　　　　　　　）** |
| **7）腹部～骨盤** |  **（詳細：　　　　　　　　　）** |
| **8）胸部～骨盤** |  **（詳細：　　　　　　　　　）** |
| **9）大動脈** |  **（詳細：　　　　　　　　　）** |
| **10）脊椎** | **頚椎　胸椎　腰椎　仙椎　　要ＭＰＲ　（詳細：　　　　　　　　）** |
| **11）その他（四肢骨など）** | **（　　　　　　　　　　）　要ＭＰＲ　要3Ｄ（詳細：　　　　　　）** |

⇒2枚目に続く

医療法人　博仁会　共済病院　TEL 048-882-2867

|  |
| --- |
| **患者基本情報****：　　　　　　　　　　　　　様　　　　性別：　男　・　女****電話番号：**　　　　　　　　　　　　　　　**（本人・家族）****生年月日：M・T・S・H・R 　　　　年 　　　　月 　　　　日　　年齢：　　　歳****患者自立度：　自立歩行可能　　手引き歩行可能　　車椅子　　ストレッチャー****貴施設での外来・入院の別　　外来　　　入院（病床の種別：　　　　　　　　　　　）****臨床診断名）****検査目的/臨床経過**（撮影条件などのご希望もこちらにご記入ください）当院基準　eGFR=50以上　　 ：10割　　　　　　　 　30～50　　 ： 8割　　　　　　　　 30以下　　 ：造影なし**身長：　　　　　　　　　体重：****腎機能：Ｃｒ　　　　　　　　eGFR**  **造影剤副作用歴：　なし　　あり　　使用造影剤****症状****喘息、アレルギーの有無：　なし　　あり****症状****（造影の要否は当院医師の判断にご一任ください）**　（女性の方のみ）**妊娠の有無：　なし　　あり　　　　　　　週目**　**手術歴：（出来るだけ詳細にご記入ください）****年前頃****年前頃****年前頃**　**体内金属の有無：　なし　　　あり** |

**患者予約票（検査をお受けになる患者様へ）**

**依頼年月日　令和　　　年　　　月　　　日**

**注意）予約時間の1時間前にはご来院ください。**

**令和　　　年　　　月　　　日　　午前・午後　　　　時　　　分**

**検査当日にお持ちいただくもの**

　　　　　□健康保険証、各種公費医療受給者証

　　　　　□検査依頼・診療情報提供書（原本）

　　　　　□検査予約票

　　　　　□（お持ちの方のみ）当院診察券

　　　　　□おくすり手帳

　　　　***ＣＴ検査を受けられる方へ***

　　　　　検査時間はおよそ10～15分です。

　　　　***ＭＲI検査を受けられる方へ***

　　　　　①検査時間はおよそ30～40分です。

　　　　　②体内電子機器（心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳など）を装着している方は

ＭＲI検査を行えません。

　　　　　③体内に金属がある可能性のある方はお申し出ください。

　　　　　　　たとえば　過去に手術を受けられた方

　　　　　　　　　　　　2週間以内に内視鏡検査を受けられた方

　　　　　　　　　　　　8週間以内に心臓の治療を受けられた方

　　　　　　　　　　　　戦争に行かれた経験のある方

　　　　　④閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります。

　　　　　⑤カラーコンタクトレンズや刺青、アートメイク等は発熱や火傷の原因となるおそれがあります。

安全のため検査を中止する場合はあります。

⇒2枚目に続く

　　　　***ＣＴ検査・ＭＲI検査（共通）事項***

　　　　　①妊娠中や授乳中の方、または妊娠の可能性のある方はお申し出ください。

　　　　　②依頼の先生から止めるようにいわれていない常備薬は、いつも通りお飲みください。

　　　　　③腹部や骨盤部の検査および造影検査の方は、検査の4時間前から絶食してください。

お水、お茶は検査の1時間前までお飲みいただいて結構です。

　　　　　④検査前に検査着に着替えていただきます。着替えが難しい方は予め金属類のない衣類でいらし

てください。

　　　　　⑤ご予約時間より早く来院された場合も、決められた時間までお待ちいただきますのでご了承く

ださい。また、予約制をとっておりますが、当日の検査の進行状況や緊急の患者様対応のため、

お待ちいただくこともありますので、あわせてご了承ください。

**交通アクセス**



**お車をご利用の場合**

●産業道路

原山交差点から国道（463号線）を

越谷方面に入り、ドン・キホーテを

過ぎて左側

●第二産業道路

大宮方面から不動谷交差点を右折し、

花月交差点を右折して約50メートル右側

**バス（国際興行バス）をご利用の場合**

**浦和駅（東口）発**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乗り場 | 行き先 | 下車 |
| 浦和駅東口①番バス乗り場※①番バス停乗り場からのバスは全て当院前で止まります。※7番目のバス停で下車 | 東川口駅 | 原山三丁目共済病院前 |
| 東浦和駅 |
| 浦和美園駅 |

**その他発**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乗り場 | 行き先 | 下車 |
| 東浦和駅④番 | 浦和駅東口 | 原山三丁目共済病院前 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乗り場 | 行き先 | 下車 |
| さいたま営業所 | 浦和駅東口 | 道祖土入口（さいど入口）下車徒歩3分 |
| 市立病院・南台 |
| 浦和美園駅（バイパス経由） |

検査の日時について、ご都合が悪くなった場合、当院までご連絡ください。

連絡先：医療法人　博仁会　共済病院　048-882-2867