

CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

ご依頼元控

検査日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分	
患者さまお名前					様	才	男・女	
連絡先		()			—			
医療機関名					診療科			
担当医					先生	TEL ()	—	
検査部位				(図示)				
<input type="checkbox"/>	頭部	<input type="checkbox"/>	頸椎	<input type="checkbox"/>	頸部	<input type="checkbox"/>	胸椎	
<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>	腰部	<input type="checkbox"/>	腹部 (上部・下部)	<input type="checkbox"/>	骨盤部	
<input type="checkbox"/>	その他 ()							
<input type="checkbox"/>	単純	<input type="checkbox"/>	造影					
造影される場合にご記入ください。								
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	無
β遮断薬使用	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	クレアチニン	mg / dl		
病名、症状、既往症、手術歴等								
検査目的								
担当の先生へのおねがい								
<ul style="list-style-type: none"> ○ 検査時に麻酔・鎮静剤等が必要な場合には、担当医が同伴して下さい。 ○ 造影検査を受けられる患者さまは、当院で「造影剤使用についての同意書」に署名していただきます。 ○ 造影検査前は絶食ですが、水分は充分お取りいただいで下さい。 ○ 絶食の場合も降圧剤は通常通りお飲みいただいで下さい。 								

CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

愛寿会同仁病院控

検査日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分
患者さまお名前					様	才	男・女
連絡先		()			—		
医療機関名					診療科		
担当医					先生	TEL ()	—
検査部位				(図示)			
<input type="checkbox"/>	頭部	<input type="checkbox"/>	頰椎	<input type="checkbox"/>	頸椎	<input type="checkbox"/>	胸椎
<input type="checkbox"/>	頰部	<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>	腰部	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	胸部	<input type="checkbox"/>	腹部 (上部・下部)	<input type="checkbox"/>	その他 ()	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	骨盤部	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	単純	<input type="checkbox"/>	造影	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
造影される場合にご記入ください。							
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
β遮断薬使用	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	クレアチニン	mg / dl	
病名、症状、既往症、手術歴等							
検査目的							
担当の先生へのおねがい							
<ul style="list-style-type: none"> ○ 検査時に麻酔・鎮静剤等が必要な場合には、担当医が同伴して下さい。 ○ 造影検査を受けられる患者さまは、当院で「造影剤使用についての同意書」に署名していただきます。 ○ 造影検査前は絶食ですが、水分は充分お取りいただいで下さい。 ○ 絶食の場合も降圧剤は通常通りお飲みいただいで下さい。 							

CT 検査依頼書 (患者さま用)

検査日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分
患者さまお名前						様	才 男・女
連絡先	()					—	
医療機関名						診療科	
担当医	先生					TEL ()	—

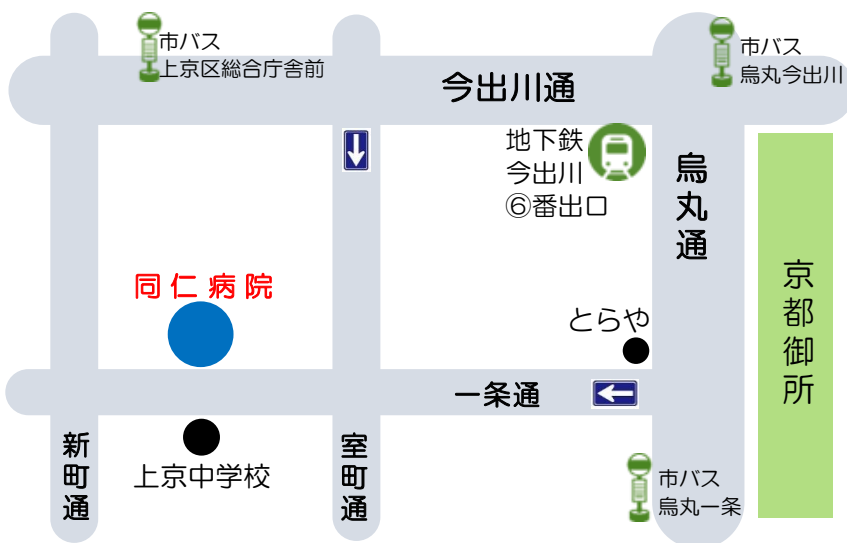
【患者さまへのおねがい】

- ・検査当日は健康保険証と検査依頼書をご持参の上、検査時間の15分前にお越しください。
- ・造影検査を受けられる患者さまは、当院で「造影剤使用についての同意書」に署名していただきます。検査当日のお薬の服用については主治医の指示に従ってください。
- ・上腹部検査または腹部造影検査を受けられる方は朝食をとらないでください。
水、お茶はご自由にお飲みください。
- ・検査は予約制になっております、検査日に来院が出来ない場合は、事前にご連絡ください。

交通

- ・烏丸線今出川駅6番出口南へ徒歩5分
(※エレベータご利用の方は3番出口烏丸
へ徒歩5分)
- ・市バス上京区総合庁舎前停南へ5分
- ・市バス一条戻橋・晴明神社前停東へ5分
- ・市バス烏丸一条停西へ5分

提携駐車場の情報はこちら



検査申込・お問い合わせ: あいじゅかいどうじん 愛寿会同仁病院 放射線科
〒602-0917 京都市上京区一条通新町東入東日野殿町 394-1
☎ 075-414-7501(直通), 075-431-3300(代表・内線123)