

CT検査予約票(患者様)

(照射録No. _____)

患者名		様	年齢	才	性別	男・女
検査日	年 月 日		AM PM			時 分
依頼施設		病院 医院	依頼 医名			
入院	F 外来	科	読影			要 ・ 不要

<p>あなたが受けられるCT検査は下記の○印の 単純 ・ 造影 (rapid ・ drip) CT検査です。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 頭部</td> <td style="width: 33%;">6. 腹部(肝・胆・膵)</td> <td style="width: 33%;">11. 四肢</td> </tr> <tr> <td>2. 眼窩</td> <td>7. 腎臓</td> <td>12. DIC-CT</td> </tr> <tr> <td>3. 副鼻腔</td> <td>8. 骨盤腔</td> <td>13. (上・下)顎</td> </tr> <tr> <td>4. 頸部</td> <td>9. 全腹部(肝～骨盤腔)</td> <td>14. その他</td> </tr> <tr> <td>5. 胸部</td> <td>10. 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)</td> <td></td> </tr> </table>	1. 頭部	6. 腹部(肝・胆・膵)	11. 四肢	2. 眼窩	7. 腎臓	12. DIC-CT	3. 副鼻腔	8. 骨盤腔	13. (上・下)顎	4. 頸部	9. 全腹部(肝～骨盤腔)	14. その他	5. 胸部	10. 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)		問 診	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>喘息・アレルギー歴</td> <td style="text-align: right;">有・無</td> </tr> <tr> <td>内容()</td> <td style="text-align: right;">()</td> </tr> <tr> <td>造影剤アレルギー歴</td> <td style="text-align: right;">有・無</td> </tr> <tr> <td>腎障害(CRN)mg/dl</td> <td style="text-align: right;">有・無</td> </tr> <tr> <td>甲状腺・心・肝疾患</td> <td style="text-align: right;">有・無</td> </tr> <tr> <td>造影剤</td> <td style="text-align: right;">可・否</td> </tr> <tr> <td>体 重 () kg</td> <td style="text-align: right;">() kg</td> </tr> <tr> <td>妊 娠</td> <td style="text-align: right;">有・無</td> </tr> </table>	喘息・アレルギー歴	有・無	内容()	()	造影剤アレルギー歴	有・無	腎障害(CRN)mg/dl	有・無	甲状腺・心・肝疾患	有・無	造影剤	可・否	体 重 () kg	() kg	妊 娠	有・無
1. 頭部	6. 腹部(肝・胆・膵)	11. 四肢																															
2. 眼窩	7. 腎臓	12. DIC-CT																															
3. 副鼻腔	8. 骨盤腔	13. (上・下)顎																															
4. 頸部	9. 全腹部(肝～骨盤腔)	14. その他																															
5. 胸部	10. 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)																																
喘息・アレルギー歴	有・無																																
内容()	()																																
造影剤アレルギー歴	有・無																																
腎障害(CRN)mg/dl	有・無																																
甲状腺・心・肝疾患	有・無																																
造影剤	可・否																																
体 重 () kg	() kg																																
妊 娠	有・無																																

①頭部、頸部、胸部、脊椎、四肢、その他の単純CTを受ける患者様へ

通常の食事をとっていただいて結構です。

②腹部、全腹部、骨盤腔、単純CT又は造影CTを受ける患者様へ

全処置の必要がありますので下記の指示に従ってください。

()午前中の検査になりますので、検査前日の夕食以降は固形物をさけ、検査当日の朝食(薬、タバコ等も)はとらないでください。但し、飲水は検査の2時間前まで可能です。

()午後からの検査になりますので、検査当日の朝食は固形物をさけ、検査当日の昼食(薬、タバコ等も)はとらないでください。但し、飲水は検査の2時間前まで可能です。

【全腹部及び骨盤腔の検査を受けられる方は検査2時間前から排尿しないでください。】

③DIC-CT検査を受ける患者様へ

検査前日、眠前に薬を服用して頂きます。検査前日の夕食以後は固形物をさけてください。検査当日は起床時より絶飲食(薬・タバコ等も)で、一切何もとらないで御来院ください。

※ 検査当日は(午前 ・ 午後) _____ 時 _____ 分頃にご来院ください。

※ 予約時間に遅れますと順番が後回しになったり、場合によっては検査が受けられない場合がありますのでご注意ください。

※ 妊娠中の方や、妊娠の可能性のある方は検査前に必ず医師、又は診療放射線技師にお申し出ください。

※ 御来院できない場合には必ず下記の方へご連絡ください。

医療法人 ラポール会 青山病院

072-953-1211