CT検査予約票

　　　　　　　　　　　殿

検査予約日時　　　年　　　月　　　日　午前・午後　　　時　　　分

検査を受けられる方へ

1. 検査時間の<u>３０分前まで</u>に当院受付へこの用紙を持ってお越しください。（他院から紹介された患者様は、健康保険証を必ず持参下さい。）

2. 腹部ＣＴまたは造影ＣＴの方は予約時間の３時間前から絶食して下さい。また、水分は水、お茶以外は飲まないで下さい。

3. 下着は、ボタン、チャック、ファスナー、金具等の付いていない物を着て下さい。（胸部、腹部のＣＴのみ）

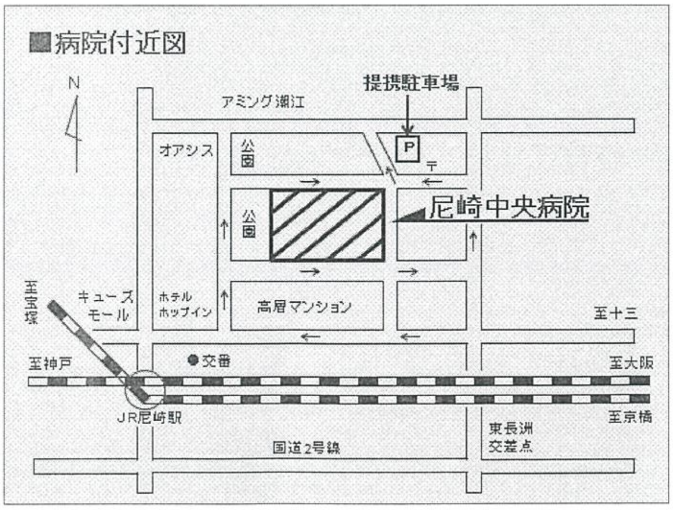
4. 妊娠の可能性のある方はお申し出下さい。

5. **当病院は救急指定のため救急患者の撮影を優先するため、お待ちいただく事がありますのでご了承下さい。**

6. 検査当日どうしてもこられない人は、早めに放射線科までご連絡下さい。

7. **造影剤を使用した検査後、身体に異常をきたした方は当院にご連絡下さい。**

8. ペースメーカーを装着されている方は、お申し出ください。



社会医療法人 中央会 **尼崎中央病院**
〒661-0976　尼崎市潮江1丁目12-1
TEL 06-6499-3045（代）
予約専用電話（放射線科直通）
TEL 06-6499-9252　FAX 06-6499-8562

＊急用時、自宅への電話連絡が不都合な方はお申し出下さい。

診療情報提供書（紹介状）

年　月　日

紹介先医療機関名

社会医療法人　中央会
尼崎中央病院
尼崎市潮江1丁目12－1
電　話06－6499－3045
FAX06－6497－3196

診察科　　担当医

紹介元医療機関名
名称
所在地
電　話
FAX
診察科　　担当医

カルテNo.＿＿＿＿＿＿　CTNo.＿＿＿＿＿＿　印

患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生　歳	
患者住所	電話（　－　－　）　職業（　）			

病名

紹介目的 **CT** □単純 □造影(血管)□造影(経口) □心臓CT □その他　（　） 検査部位	既往歴
	経過・治療内容・検査結果・処方等 造影検査の場合は造影剤使用説明をお願いします。 ヨードアレルギー 一、＋ 腎機能障害 一、＋

紹介元医療機関控