

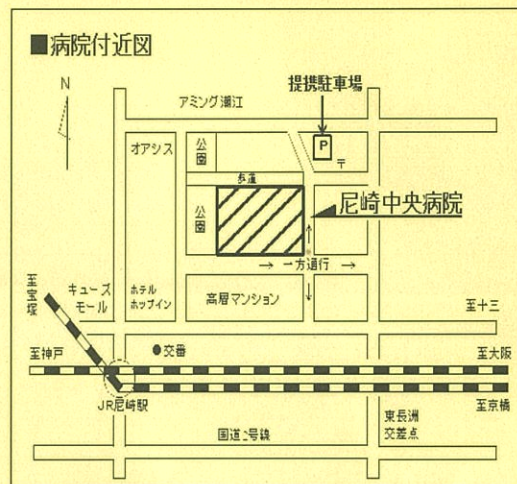
CT 検査予約票

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. 30分前までに健康保険証、診療情報提供書、予約票(この用紙)を持って当院受付へお越しください。
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、ファスナー等の金具が付いていない物を着て下さい。(胸部、腹部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ください。
6. 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。
7. ペースメーカ・ICDを装着されている方は、ペースメーカ・ICD手帳をご持参下さい。当日撮影できない場合があります。
8. 検査当日どうしても来院できない方は、早めに放射線科までご連絡下さい。
9. 急用時、自宅への連絡が不都合な方はお申し出ください。



予約専用電話(放射線科直通)
TEL 06-6499-9252 FAX 06-6499-8562

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

『 h-Anshin むこねっと 同意書 』

患者さん記入欄

- 別紙説明書の1～4の項目を十分理解した上で、尼崎中央病院で受けた検査の結果と画像データをネットワーク上で検査依頼元医療機関が見ることに ☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意の日付; 平成 年 月 日

名前; (本人が署名してください。)

性別; 男 ・ 女 (○印をしてください。)

生年月日; 明治・大正 年 月 日
昭和・平成

本人が書けない場合は代理人の方の名前
(要自署)

続柄

住所;

検査依頼元及び同意取得医療機関 記入欄

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

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
FAX 06-6497-3196

診療科 担当医

紹介元医療機関名

名称

所在地

電話
FAX

診療科 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 ー、＋ 腎機能障害 ー、＋		

紹介元医療機関控