

# CT検査予約票

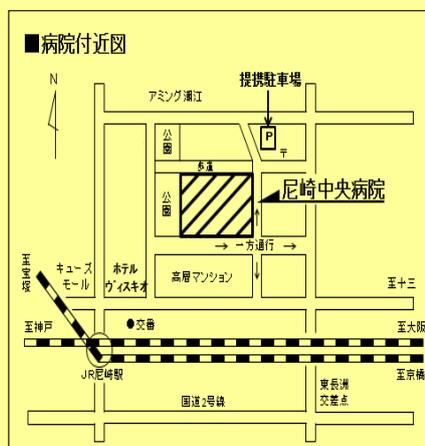
殿

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。  
(検査前に問診を含めた診察があります。)15歳以下の方は保護者の同伴が必要です。
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用して下さい。(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下さい。**
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。

※ 放射線の量は100mSv未満であれば検査を受けた人と受けなかった人で発癌率に差はないとされています。通常、単純CT検査は10mSv前後、造影CT検査でも100mSvを超える事はありません。(mSv: ミリシーベルト)



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」に登録されている医療機関のみ有効です↓

## 『 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 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
同意の日付;	令和 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	
令和 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 <b>CT</b> <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(血管) <input type="checkbox"/> 造影(経口) <input type="checkbox"/> 心臓CT <input type="checkbox"/> 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 -、+ 腎機能障害 -、+			