

記入日： 年 月 日

医療法人公仁会

姫路中央病院 MRI・CTの診療情報提供書

【 放射線科直通 TEL : 079-235-7375 FAX : 079-235-7377 】

※ 受診当日は本状を持参してください。

医療機関名 :

診療科名：

TEL :

醫師氏名：

FAX:

希望日	第1希望 年 月 日 AM・PM (時)	希望日備考欄																				
	第2希望 年 月 日 AM・PM (時)																					
受診者 情報	フリガナ :	今までに姫路中央病院を受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明																				
	氏名 : _____ 性別 : 男・女																					
	生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 (_____ 歳)																					
	連絡の取れる電話番号 : _____																					
<p>どちらかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。※ CT・MRIは同日検査はできません。</p> <p><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI</p> <p>※ 心臓ペースメーカー・除細動器を装着されている方のMRI検査・CT(胸部)検査はできません。</p>																						
<p><input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純 + 造影</p>																						
造影検査時 記載下さい	eGFR測定日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	※ 直近3ヶ月以内に測定ください。																				
	eGFR値 (_____) mL/分 / 1.73m ²	(基準値30未満の場合、造影検査はできません。)																				
※ 問診票記載内容や当日の体調によっては、造影剤の使用を控えることがあります。																						
<p>【撮影部位】</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 頭部</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 眼窩</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 頸部</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 胸部</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 乳房</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 腹部全体</td> <td><input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮卵巣・膀胱・前立腺)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頸椎</td> <td><input type="checkbox"/> 胸椎</td> <td><input type="checkbox"/> 腰椎</td> <td><input type="checkbox"/> 四肢・関節(_____)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> その他(_____)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 腹部全体	<input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮卵巣・膀胱・前立腺)			<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 四肢・関節(_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他(_____)				
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 乳房																		
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 腹部全体	<input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮卵巣・膀胱・前立腺)																				
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 四肢・関節(_____)	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> その他(_____)																						
検査内容	傷病名 :																					
	検査目的・臨床症状などを具体的に記入してください。																					
感染歴	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Wa氏 <input type="checkbox"/> その他(_____)																					
結果	CDR・読影結果は2~3診療日中に郵送します。 (その他希望がありましたら、記入してください。)																					

2025年4月改訂

文管外-A-000006

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

CT検査を受けられる方へ

患者番号：

様

あなたの検査日時は、_____からの予定です。

検査当日は、予約時間の30分前に受付を済ませてください。

遅れますと検査が出来ないことがあります。

※緊急対応、検査内容などにより、検査が予約時間より遅れることがありますので、ご了承ください。

また、万が一故障などの場合は日を改めてお越し頂くことがありますので、ご了承ください。

CT検査とは、CT装置の中心にある大きな穴に体を入れて、エックス線をあて、体の中の様子をコンピュータで処理し画像化する検査です。主に体の輪切りの写真が撮影できます。



《検査を受けられる方へ》

以下の注意事項をお読み頂いて、検査にご協力いただきますようお願いします。

※注意事項

- 当日の服装はボディースーツや金属様の飾りのある服はさけてください。
湿布、カイロ、エレキバン等は検査前に外してください。
- ペースメーカーや除細動器を装着されている方は、必ず申し出ください。
- 妊娠中及び妊娠の可能性がある方はお申し出ください。
- 食事について
 - 食事は摂ってもかまいません。
 - 時から絶食して下さい。水分はとってください。
- 糖尿病で絶食の方は低血糖予防のため糖尿病の薬は内服しないでください
インスリンの注射もしないでください。
高血圧・心臓病・抗けいれん剤・その他必要な薬は必ず
検査当日の朝6時までに内服してください。

《検査中のお願い》

- 検査中は痛みをともないませんので、体を動かさないでください。
- 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話できますので、ご安心ください。

ご都合によりご来院出来ない場合、またはご不明な点がありましたら、下記代表番号に、8：30～17：15の間にご連絡ください。



医療法人公仁会 姫路中央病院

〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2丁目36番地

TEL : 079-235-7331 (代)