

鹿児島市立病院 CT 検査 予約申込票

- 注意点**
- ・就学前のお子様についての申込はできません。
 - ・緊急に検査が必要な場合は、放射線科外来に直接お問い合わせください。
 - ・直近3ヶ月以内の血液検査があれば、その結果を添付してください。

紹介元医療機関名		電話番号	
紹介元医師名			
患者情報	氏名	フリガナ () 氏名: (旧姓:)	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	

1. CT 検査種別: 単純検査 造影検査 情提等による市立病院での判断を希望
- ・造影検査で、持参していただいた血液検査結果の値、有効期限が外れている場合は、当院で再度検査を実施します。
 - ・造影検査につきましては、腎機能及び適応の可否をふまえ当院で最終判断させていただくことをご了解ください。

2. 検査部位: ()

- ※**胆嚢**の場合は**絶食**をする必要があります。
- ※状況により、当院側で検査部位を追加する場合があります。

3. CT 検査における説明及び同意書、診療情報提供書等についての確認

	区分	説明・記載内容	実施状況
1	必須	診療情報提供書の <u>FAX送信</u>	<input type="checkbox"/>
2	必須	<u>(造影検査を行う場合 or 情提等による市立病院での判断を希望される場合)</u> CT 検査におけるヨード造影剤検査問診票 (書類④) の説明及び記載、 <u>FAX送信</u>	<input type="checkbox"/>
3	必須	(ある場合) 直近3ヶ月以内の血液検査の <u>FAX送信</u>	<input type="checkbox"/>
4		CT 検査におけるヨード造影剤使用に関する説明書 (書類①・②) の説明	<input type="checkbox"/>
5		CT 検査におけるヨード造影剤使用に関する同意書 (書類③) の説明	<input type="checkbox"/>
6		医療法等に規定される放射線の影響 (書類⑥・⑦) の説明	<input type="checkbox"/>

※4・5・6については、説明者や同意者欄等に記載にある場合に、診察当日の患者さんの持参をお願いします。

※最終説明・同意確認は、当院で行います。

4. 検査方法の提供方法: 検査日から3~5日程度で、読影レポートと結果画像 (CD-R) を紹介元医療機関へ郵送いたします。

※以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

--	--	--	--