

紹介患者検査予約申込書

平成 年 月 日

〒731-5156

広島市佐伯区倉重1丁目95番地

五日市記念病院

TEL (082) 924-2213 (画像診断技術科)

(082) 924-2343 (地域医療連携室)

FAX (082) 924-2215

紹介元医療機関の

所在地及び名称

電話番号 () -

FAX 番号 () -

医師氏名

管理番号

氏名 (イニシャルで記入 性・名) ・ 様	男・女	生年月日	M・T・S・H
TEL あれば携帯も	() ()	- -	
検査名	CT ・ MRI	造影の有無	無 ・ 有 ・ 当院へ一任
検査部位			
冠動脈 CT 予約時 記入項目	β-遮断剤(セロケン錠 20mg)の使用		可 ・ 不可
	短時間作用型β1選択的遮断剤(コアベータ静注用 12.5mg)の使用		可 ・ 不可
	ニトログリセリン製剤(ニトロペン舌下錠)の使用		可 ・ 不可
当院での結果説明	不要 ・ 要	診察医指定の有無	無 ・ () 医師
最近の血液検査の 結果 (検査してあれば)	クレアチニン	mg/dL (検査日)	
	eGFR(糸球体ろ過量)	mL/min/1.73 m ² (検査日)	
薬剤・造影剤などの アレルギーの有無			
ビグアナイド系糖尿病 薬の服用の有無	無 ・ 有 : 薬剤名 ()		

お願い

➤来院の際は必ず保険証を持参していただくよう患者様へのご案内をお願いします。

検査日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

頭 部 C T 検 査

様

検査日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

検査の予約時間の30分前までに、受付を済ませてお待ち下さい。

- ・ ご都合により来院できない場合は、早めにご連絡下さい。
- ・ 検査の都合などで、検査の開始および終了時間が多少前後する場合がありますのでご了承下さい。
- ・ 順番が来ましたら、看護師または担当技師がお呼びします。

<気を付けて頂きたいこと>

1. 検査前の食事は軽めにして頂き、水またはお茶を充分とってから来院して下さい。
2. 造影検査の場合は検査終了後、造影剤を速く排泄させるために水分を充分とって下さい。
3. 抗けいれん剤と血圧降下剤を服用されている方は内服してから来院して下さい。
4. 下記のものは、検査時にはずしていただきます。

ヘアピン等の髪飾り、イヤリング・ピアス、メガネ、
その他 (担当技師の指示に従って下さい)

- ◎ 検査は、およそ10分～20分かかります。
- ◎ 検査について、心配なこと・わからないことがありましたら、
担当医師・看護師・担当技師にお尋ね下さい。

五日市記念病院 外来 TEL082-924-2211