

紹介患者検査予約申込書

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 β 1 選択的遮断剤(コアベータ静注用 12.5mg)の使用		可 ・ 不可
	ニログリセリン製剤(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CT検査を受けられる方へ

患者ID

患者氏名

様

検査日

検査当日は、予約時間の30分前に来院され、受付を済ませてお待ちください。

- ・ ご都合により来院できない場合は、早めにご連絡ください。
- ・ 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ください。
- ・ 順番が来ましたら、看護師または担当技師が呼びします。

<気を付けて頂きたいこと>

- ・ 造影検査でない場合は食事をとられても構いません。
- ・ 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ください。
- ・ 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、眼鏡、
その他（担当技師の指示に従ってください）

《造影剤を使用する場合》

- ・ 造影検査の場合は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ください。
- ・ 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ください。
- ・ 下記糖尿病薬を内服中の方は休薬が必要になります。
☐ メトグルコ ☐ メタクト ☐ メトホルミン ☐ エクメット ☐ グリコラン
☐ イニシンク ☐ メトアナ ☐ ジベトス ☐ ジベトン
【 休薬期間： 月 日（ ）午後～ 月 日（ ）午前（計5日間程度） 】
- ・ メドロール錠の内服が必要な方
内服日時： 月 日（ ）就寝前
月 日（ ）： （※検査2時間前）

- ◎ 検査は、およそ10分～20分かかります。
- ◎ 造影検査の場合は点滴があるので、検査後も1時間は安静にさせていただきます。
- ◎ 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・担当技師にお尋ねください。