

## 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)<br>・ 様    | 男・女                                                                   | 生年月日     | M・T・S・H       |
| TEL<br>あれば携帯も               | ( )<br>( )                                                            | —<br>—   |               |
| 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<br>記入項目          | $\beta$ -遮断剤(セロケン錠 20mg)の使用                                           |          | 可 ・ 不可        |
|                             | 短時間作用型 $\beta$ 1 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<br>結果<br>(検査してあれば) | クレアチニン mg/dL (検査日 )<br>eGFR(糸球体ろ過量) mL/min/1.73 m <sup>2</sup> (検査日 ) |          |               |
| 薬剤・造影剤などの<br>アレルギーの有無       |                                                                       |          |               |
| ビグアナイド系糖尿病<br>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

## 体幹部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。

## 検査前のご注意

## 1. 腹部CTの場合

## A. 午前の検査の場合

- ・朝食をとらずに水又はお茶だけはしっかりとって来院してください。
- ・朝、服用されている薬がある場合は飲まずに持参してください。
- ※ 抗けいれん剤、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。
- ・腹部CTで胆のうの検査の場合、前日の夕食は、油物・卵・肉等、脂肪分の多いものをとらないで下さい。

## B. 午後の検査の場合

- ・朝食を軽くとり、昼食はとらずに水又はお茶だけはしっかりとって来院してください。
- ・昼服用されている薬がある場合は飲まずに持参してください。
- ※ 抗けいれん剤、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。

## 《造影剤を使用する場合》

- ・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 ☐ ジバトス ☐ 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)

## 2. 胸部CTの場合

- ・食事をとられても構いません。
- ・内服薬を服用して来院してください。

検査時には、当院の検査着に着替えていただきます。  
(金具・ボタンのついている下着は脱いで頂きますが、担当技師の指示に従って下さい。)

- ◎ 検査は、およそ10～30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。