

※妊婦禁止・植え込み型除細動器のある方は範囲が限られます※

CT 検査依頼書（診療情報提供書）

ご紹介医療機関（貴院名）

医師名

フリガナ

明治・大正

受診者氏名

男・女

生年月日

昭和・平成

住所〒

電話番号

	撮 影 部 位			
1	頭部（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	備考
2	頸部（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
3	胸部（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
4	腹部（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
5	骨盤部（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
6	脊椎（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
7	上肢（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
8	下肢（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
9	その他（ ）	☐ 当院一任	Sag Cor	
スライス厚に関して特別指示があれば記入して下さい。（ ）mm				
傷病名				
症状詳記・合併症など（医師コメントは必須です）				

CT検査問診票

検査を安全に行うために以下の項目にご回答いただき、検査当日ご持参ください。

患者氏名 _____

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

○ 体重 _____ K g

○ I C D（埋め込み型除細動器）が体内に入っていますか？

あり なし

○ 女性の方に伺います。妊娠の可能性はありますか？

あり なし 不明

依頼施設医師名 _____

秀和総合病院医師名 _____

_____ 放射線技師記入欄 _____

	Head	Chest	Che-Pel	Abd	その他
CTDI					
DLP					

様

患者様手渡し用

検査日（予約日）	月 日（ ） : 検査の30分前にお越し下さい
検査項目	MRI CT 部位（ ）
持ち物	紹介状 ・ マイナンバーカード ・ お薬手帳
問合せ先	048-737-5640 （平日9時～17時・土曜9時～12時）
貴院の再診日	月 日（ ） ※読影結果は病院営業日の5日程かかります

造影検査をされる方

- ・ 予約時間の6時間前からお食事を取らないようにしてください。
- ・ 糖分を含まない飲み物（水やお茶）はご自由にお飲みいただけます。
- ・ 万が一食事をとってしまったら撮影が出来ないことがあります。
- ・ ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は以下通り休薬してください。

薬 剤 名（ ）

休薬期間 月 日 ～ 月 日



■ 鉄道・バスによるアクセス

東武スカイツリーライン・東武アーバンパークライン「春日部駅」下車後、西口より次のバスをご利用ください。

- 西口1番バス停より朝日バス「秀和総合病院」行きにて「秀和総合病院」下車

● 西口2番バス停より朝日バス「かすかべ湯元温泉」(または「ウイング・ハット春日部」)行きにて「秀和総合病院」下車
車によるアクセス

秀和総合病院の位置は上記地図のとおりです。国道4号線と国道16号線の間位置します。大沼運動公園が至近です。