

検査日時		年	月	日	曜日	午前・午後	時	分
フリガナ 氏名	様	男・女	医療機関		診療所・病院			
生年月日	年	月	日	主治医				
TEL	-	-	所在地	TEL	-	-		
				FAX	-	-		
身長	cm	体重	kg	JBH IDNo: ()				

* 受付方法 *

- ◇ 検査時間の**30分前**にご来院いただき、予約票と健康保険証及び主治医からの紹介状を1階受付窓口にお出してください。
 - ◇ 受付票(ファイル)をお渡ししますので、地下1階(B1)の放射線科受付にお越し下さい。
 - ◇ 急なご事情で予約変更・取り消しの場合は、早めにご依頼先の主治医と当院にご連絡下さい。
 - ◇ 検査は予約制です。予約時間に間に合わない時には放射線科(702-5932)までご連絡ください。
- ※ 但し急患対応等によりご予約時間が多少ずれることがあります。

* 食事・薬の制限について *

◎検査部位が腹部の場合、検査の4時間前から食事をしないで下さい。

お茶・水の制限はありません。

心臓・血圧・喘息・精神科のお薬はいつも通りお飲み下さい。

そのほかのお薬(糖尿病薬など)は主治医と相談してください。

◎造影検査の場合、検査の4時間前から食事をしないで下さい。

お茶・水の制限はありません。**来院される前に200ml程度の水を飲んでください。**

心臓・血圧・喘息・精神科のお薬はいつも通りお飲み下さい。

そのほかのお薬(糖尿病薬など)は主治医と相談してください。

ピグアナイド系糖尿病薬を飲んでおられる方は、検査日の前後**2日間**ずつ計**5日間**飲まないでください。

* その他の注意 *

- ◇ 造影検査を受けられる方でぜんそく・腎機能が低下している方・過去に造影剤アレルギーのあった方、甲状腺機能亢進症の方は基本的に造影検査を行うことが出来ません。(該当する項目がございましたら、主治医にご相談ください。)
- ◇ 検査部位の金属物(カツラ・ヘアアクセ・貴金属・補聴器・入れ歯・エレキバン等)持続血糖測定システム(リブレ・G6等)は取り外していただきます。
- ◇ 両室型ペースメーカーを使用されている方は、必ず主治医に申し出て下さい。除細動器(ICD)は、原則として本体部分の撮影は出来ませんのでご了承ください。
- ◇ 検査を受けられる女性の方で妊娠もしくは妊娠の可能性のある方は、検査を行うことができません。御予約後に妊娠又は妊娠の可能性が判明した場合は、必ずお知らせ下さい。
- ◇ 万が一、気分が悪くなった場合や、造影剤の副作用が起きた場合には即座に医師が対応いたしますのでご安心ください。
- ◇ 造影剤の検査をされた方は、お薬を早く排出する為、普段より多めの水分補給を心掛けてください。また、検査後30分は副作用等に備えて院内に居ていただくことをお勧めします。

* CT 検査について *

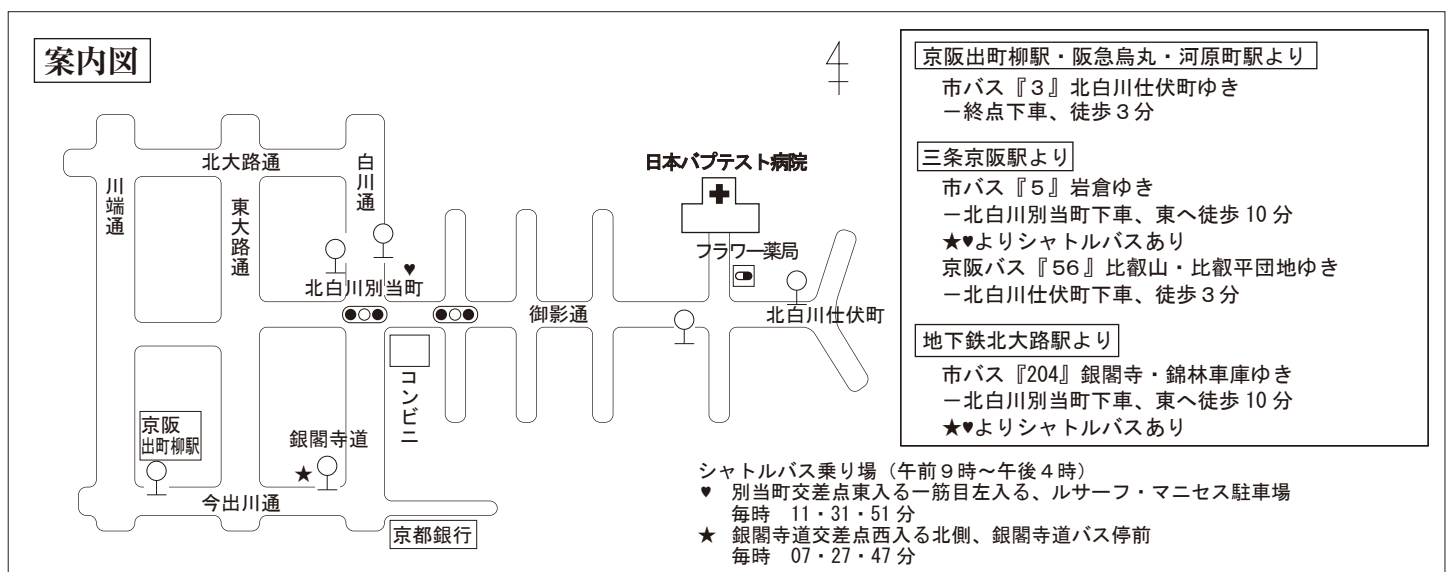
寝台に寝た状態で全身の断面像を撮影する検査です。

使用するX線は、必要最小限の線量に最適化しています。

時間は検査部位により異なりますが、15分くらいです。(造影検査は~30分)

検査は呼吸を止めて行う場合もありますので、息とめの難しい方はお伝えください。

* バプテスト病院へのご案内図 *



検査日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分
------	---	---	---	----	-------	---	---

フリガナ 氏名		様 男・女	医療機関	TEL - - FAX - -
生年月日		年 月 日	主治医	
TEL		-	所在地	-
身長	cm	体重	kg	JBH IDNo: ()

検査部位				<input type="checkbox"/> 単純のみ	<input type="checkbox"/> 造影のみ
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 四肢		<input type="checkbox"/> 単純・造影両方	
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> ダイナミック	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	[]			

C T	検査目的・詳細指示
------------	-----------

お渡しするメディア(チェックなしの時はCDのみです) フィルムのみ フィルムとCDの両方 画像情報は不要

確 認 事 項	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	DBS	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	持続血糖測定システム	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ペースメーカー ・ ICD)			
	以下は、造影検査を希望される時のみご記入ください				
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (経過観察中・治療中〈吸入 無・有 / 内服 無・有〉)			
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	糖尿病 投薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ビグアナイド系 ・ その他)			

上記、有 の項目に✓のある方は検査ができない場合がございますので、事前にお問い合わせください。

(

部 単純・造影)CT 検査依頼書

帳票-地域-001-001-240101

(バプテスト病院控)

検査日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分
------	---	---	---	----	-------	---	---

フリガナ 氏名	様 男・女	医療機関	
生年月日	年 月 日	主治医	
TEL	-	所在地	TEL - - FAX - -
身長	cm	体重	kg
JBH IDNo: ()			

検査部位				
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 単純のみ	<input type="checkbox"/> 造影のみ
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 単純・造影両方	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	[]	<input type="checkbox"/> ダイナミック	

C T	検査目的・詳細指示

お渡しするメディア(チェックなしの時はCDのみです) フィルムのみ フィルムとCDの両方 画像情報は不要

確 認 事 項	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	DBS	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	持続血糖測定システム	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ペースメーカー ・ ICD)		
	以下は、造影検査を希望される時のみご記入ください			
	腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (経過観察中・治療中〈吸入 無・有 / 内服 無・有〉)		
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
糖尿病 投薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ビグアニド系 ・ その他)			

上記、有 の項目に✓のある方は検査ができない場合がございますので、事前にお問い合わせください。