# 診断情報提供書

医療機関　**大 島 医 院**　〒990－2321　山形市桜田西４－１－14
TEL 023－641－6419　FAX 023－641－6427

**（CT検査予約直通　023－641－5211）**

ＣＴ 担 当 医　殿

年　　月　　日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療機関名 | 科名 | 主治医名 | ㊞ | 連絡先 | | |
| 来院予約日時 | 年　月　日　曜日 | 午前・午後　時　分 | | | | |
| 患者 | フリガナ | | 職業 | | 住所 | |
| | 氏　名 | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　年　月　日生（　歳） | 男・女 | 電話番号 | | |

| | |
|---|---|
| 紹介目的 | **CT検査依頼**<br>部位　頭部・側頭骨・副鼻腔・顔面（部位　）<br>頸部・胸部・腹部・骨盤部<br>脊椎（頸・胸・腰）・上肢（部位　）・下肢（部位　）<br>３Ｄ（有・無）　その他（　） |
| 造影検査 | 有・無・一任　（有の場合、3か月以内のクレアチニン値をご提供下さい）＿＿＿＿＿mg/dl |
| 臨床診断名 | |
| 既往歴及び家族歴 | |
| 症状経過及び**検査目的**治療経過など | |
| 患者に関する留意事項 | 薬剤などアレルギー歴　無・有（　）<br>検査部位の手術歴　無・有（手術名　）<br>当院での検査歴　無・有<br>体内金属　無・有（具体名　）<br>**心ペースメーカー確認**　無・有 |
| 検査所見 | HBsAg　－　＋　不明　　ワ氏　－　＋　不明<br>HCV　－　＋　不明　　その他（　） |
| 現在の処方 | |
| 備考 | 読影レポート　要　　フィルム　要・不要　　CD－R　要・不要 |

※参考となるＸ線画像及び他の画像診断データ等に関する資料をできるだけ添付してください。

# スパイラル(ヘリカル)ＣＴ検査のため、来院される方へ

**大島医院 画像診断部**
〒990－2321　山形市桜田西4－1－14
TEL 023-641-6419　FAX 023-641-6427
検査予約直通　641－5211

## 来院予約日時は

| 年 | 月 | 日 | 曜日 | 午前<br>午後 | 時 | 分です。 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| |
|---|
| |

様の検査が予定されています。

上記時刻の１５分前まで受付を済ませてください。

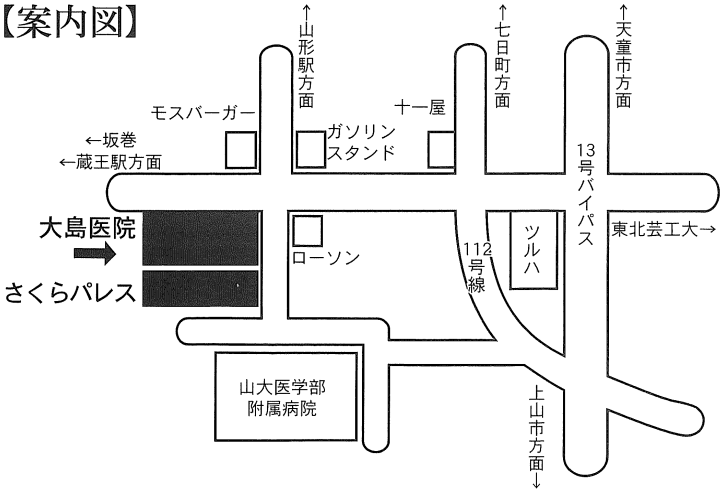
【当日持参するもの】
- □ 健康保険証 / マイナンバーカード
- □ 各種医療証
- □ この用紙
- □ 医療機関からの紹介状

※予約時間に遅れますと検査開始が大幅に遅れることがありますのでご注意ください。
※ご都合により来院できない場合、その他ご不明な点があれば、023-641-5211（検査室直通）までお問い合せ下さい。

★当日の注意事項をお知らせします★

1、ＣＴ（コンピュータ断層）は、Ｘ線を利用して病気を発見する検査方法です。プロペラが回る様な音が聞こえますが危険はありません。静かに動かないで休んでいて下さい。
2、体内に金属が入っている方やペースメーカーをご使用の方、妊娠中または妊娠の可能性がある方はお知らせ下さい。
3、ヘアーピン、アクセサリー（指輪、ネックレス、イヤリングなど）、着脱式入歯などの金属類は、すべてはずして検査を行います。なるべく身につけないでご来院下さい。
4、腹部の検査のときは、４時間前からの食事（検査が午前のときは朝食、午後のときは昼食）を避けて下さい。（水やお茶、いつも服用しているお薬は飲んでもかまいません。ただし糖尿病薬は医師の指示に従って下さい）
5、費用は健康保険の種類によって異なります。

【案内図】




＜交通のご案内＞
バス
山形駅または山交ビルから
・・・大学病院前行きに乗車
桜田西下車（徒歩２分）

上山方面からのバス
・・・桜田下車（徒歩８分）

山形市内からのバス
・・・大学病院口下車（徒歩８分）