

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808

CT検査予約票/検査時注意書

予約日時	年 月 日 ()	時 分
------	-----------	-----

※上記の時刻は撮影開始時刻ではなく、受付開始時刻です。記載時刻の10分程度前を目安にご来院ください。

フリガナ			ID		
氏名	性別	生年月日	年	月	日
患者様連絡先	携帯電話	TEL			
紹介医療機関名	電話番号	FAX			
診療科・担当医	科		先生		

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 全腹部
	<input type="checkbox"/> 他 ()					
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 通常造影 <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> ダイナミック			

【検査当日に必要なもの】

- 紹介元診察券（ある場合のみ）
- マイナ保険証（または健康保険証）
- 検査予約票
- 撮影フィルムまたはCD-R（ご依頼医療機関からお渡しのあった場合のみ）
- 自己負担金：検査内容や保険の種類により変わりますが、**3割負担の場合で約1万円**です。
 - ・各種クレジットカードでのお支払いが可能です。
 - ・保険適用外（自費）でご受診される場合、ご不明な点があれば当院へお問い合わせください。
- 靴下、金属の付いていない肌着など
（機器管理の都合上、室内の温度を下げています。タオルケット類は十分に準備しています）

【ご来院までの絶食について】

検査種類	食事	水分（水・お茶）	造影方法	授乳中の注意点
造影検査	4時間前から絶食	制限なし	静脈注射	検査24時間後より再開
腹部検査 (造影なし)	4時間前から絶食	制限なし	なし	制限なし
上記以外	制限なし	制限なし	なし	制限なし

【更衣について】

- ・服や下着の金属は、画像に影響する場合がありますので、必要に応じて検査着にお着替えいただきます。ヘアピン、ネックレス、入歯、カイロ、エレキバンなど着脱可能な金属類は、検査内容によりはずしていただく場合があります。

【検査内容について】

- ・CTとは、「Computed Tomography（コンピューテッド トモグラフィ）」の略称で、Tomography（トモグラフィ）とは断層像という意味です。X線を人体にあてながら体内の情報を集め、コンピュータ処理により横断像（体の輪切り）を得ます。人体の内部を見ることができ、病気の発見につながります。
- ・検査日前1週間以内にバリウム検査を受けた方は検査を施行できないことがあります。主治医または当院にお申し出ください。

【検査時の被ばくについて】

- この検査では、放射線を用いるため一時的な被ばくがありますが、急性放射線障害などの健康被害が起きる可能性はありませんので、ご安心して検査をお受けください。
- ただし、妊娠中、または妊娠している可能性のある方は検査日の変更が必要な場合があります。必ず検査依頼医または当院まで事前にお申し出ください。

【検査の流れ】

- 検査は、下記スケジュールで進行します。予約時間から終了までの所要時間は約1時間です。



【ご了承くださいたいこと】

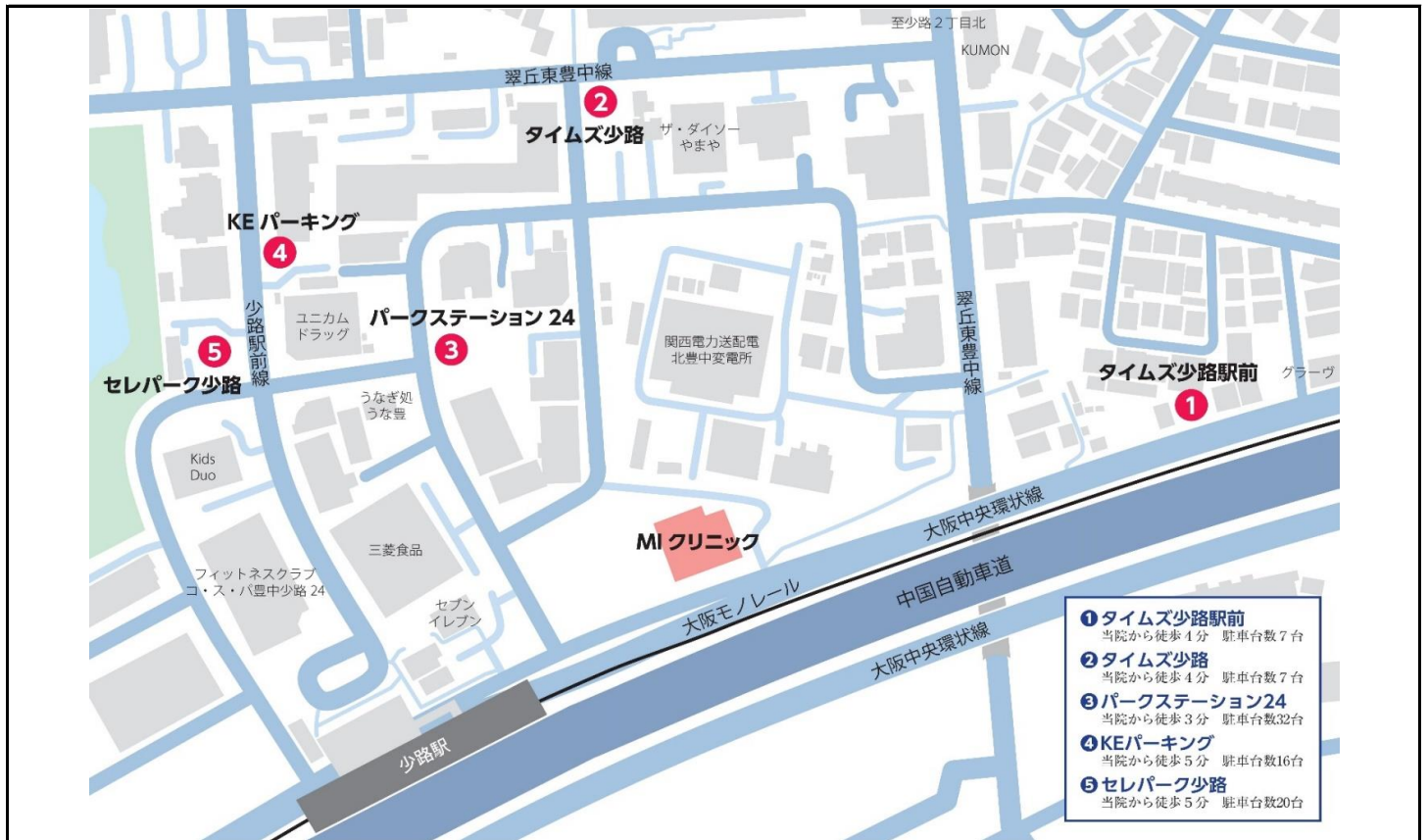
- 完全予約制です。時間に遅れないよう受付へお越しください。
- 検査終了時間は予定ですので、多少前後する場合があります。お時間に余裕をもって受診ください。
- 検査中は、安静にさせていただくなどの受診者様のご協力が必須です。閉所恐怖症等、検査時のご不安がある場合は事前に主治医へご相談ください。
- 検査結果については、すみやかにご依頼された医療機関にお渡しします。当院での結果説明は行っておりません。
- 撮影は、依頼医からの指示に基づいています。撮影部位の追加は出来ません。
- 造影検査時、18歳未満の方は保護者同伴です。
- ご事情により検査日時の変更が必要になった場合、ただちに当院へご連絡をお願いします。
*ご理解とご協力のほど、宜しく申し上げます。

【MIクリニックまでの交通について】

駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用ください。

*2023年6月1日より隣接駐車場を閉鎖し、乗降専用場所といたします。

- 電車でお越しの方
大阪モノレール少路駅下車 千里中央方面に徒歩2分
- 車でお越しの方
中央環状線（大阪府道2号線）東行（千里中央・守口方面）車線に面していますが、本線からの左折入場は出来ませんので少路駅に通じる側道からご進入ください。
*当院隣接のスペースは乗降専用場所となっていますので、駐車場は近隣のコインパーキング（有料）をご利用ください。



医療法人 仁泉会 MI（エムアイ）クリニック

〒560-0004 大阪府豊中市少路 1-12-13

Tel 06-6840-0100 FAX 06-6840-0808

フリーダイヤル 0120-505-576

お電話によるご質問・お問い合わせ時間 9:00~17:00（月~土、ただし祝祭日および年末年始を除く）

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808

CT検査依頼書/診療情報提供書

Web予約仮受付番号	—
------------	---

予約日時	年 月 日 ()	時	分
------	-----------	---	---

※上記の時刻は撮影開始時刻ではなく、受付開始時刻です。記載時刻の10分程度前を目安にご来院ください。

フリガナ	ID
氏名	性別
生年月日	年 月 日
患者様連絡先 携帯電話	TEL
紹介医療機関名	FAX
電話番号	
診療科・担当医	科 先生

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 他 ()
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (<input type="checkbox"/> 通常造影 <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> ダイナミック)

造影検査必須事項	血清Cr値 (施行予定日から3ヶ月内) _____ mg/dl (採血日 月 日) *ピクアナイド系糖尿病薬服用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下記注意事項をご確認ください)
<ul style="list-style-type: none"> • Cr値により算出するeGFR値が30未満(腎機能高度低下)の場合、造影検査はできません。お電話でご確認いただけます。 • ピクアナイド系糖尿病薬を服用中の場合、eGFRが30以上~60未満であれば検査日前後2日の服用中止と再開への対処が必要ですので、患者様へのご指示をお願い申し上げます。 • 下記項目に該当する場合は、造影検査はできません。ご確認ください → <input type="checkbox"/> 該当なし 	
造影剤による副作用歴、1年以内の喘息発作・治療(服薬)、ヨード過敏症、甲状腺機能亢進症 マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫	

診断名	
-----	--

検査目的・現病歴・検査結果など	生活保護、労災、交通事故に該当の場合はチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> 交
-----------------	---

所属	<input type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 入院中 :	身長・体重	cm	kg
受診者情報	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車椅子 <input type="radio"/> ストレッチャー	酸素	<input type="checkbox"/> 要	ℓ
その他特記事項				

※認知症・閉所恐怖症、お子様は中止になる可能性をご了承の程お願い致します。

検査結果 配達希望日	月 日 時までに	<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望
---------------	----------	--------------------------------------

※依頼用紙をご記入後、施行日の前日までに上記FAX番号へご送信下さい