

## ● 検査を受けられる方へ ●

様

平成 年 月 日 ( )

午前 ・ 午後 時 分

MRI ・ CT ・ 骨塩定量

- ・ 初診の方は受付に時間がかかりますので検査開始 20分前にはご来院ください。
- ・ 上記時間に来院できないときは、お手数ですが早めのご連絡をいただきますようお願いいたします。ご連絡頂けない場合、予定時刻より10分経過で次の検査を優先させて頂く場合がございます。
- ・ 救急など都合により検査時刻が前後することがあります。ご了承ください。
- ・ **検査案内、診療情報提供書、保険証**ならびに**各種受給者証**を必ず持参してください。
- ・ 特殊な検査のため別紙の検査説明を必ずお読みになってください。
- ・ 検査終了後、会計時に検査データをお渡しします。
- ・ ご不明な点がございましたら、お気軽に当院放射線室までお問い合わせください。



医療法人 社団 楓会  
**林 病院**

整形外科・内科・麻酔科・リハビリテーション科  
〒730-0029 広島市中区三川町3-8  
Tel 082-248-0600 Fax 082-240-8801



## ● C T 検査に関する説明書 ●

### ◆ C T 検査について

- ・ X線を用いて身体の断面を撮影し、様々な断面の画像や3次元画像を作成して病気の診断に役立てます。
- ・ 実際に検査台の上に乗って検査をする時間は5分程度です。
- ・ 画像データの作成に20～40分程度かかります。
- ・ 必要に応じて着替えをしていただく場合があります。
- ・ 動きに弱い検査なので、検査中は出来るだけ身体を動かさないようにしてください。
- ・ 検査費用は3割負担の方で約7000円かかります（部位や内容によって異なります）。

### ◆ 注意点

○ 撮影する画像に影響を及ぼすため以下のことをお願いします。

- ・ 金属類の取り外し  
金具の付いた下着、カツラ、ヘアピン、アクセサリ、腕時計、補聴器、エレキバン、カイロなど
- ・ 腹部の検査を受けられる方は
  - ① 当日の食事は検査3時間前までにお済ませください。
  - ② 検査時に尿をためた状態でお越しください。※ その他の検査の場合は食事制限の必要はありません。

○ 以下に該当する方は検査を受けることが出来ない場合があります。  
必ずスタッフにお申し出ください。

- ・ ペースメーカー
- ・ 検査部位周辺の体内金属
- ・ 妊娠、または妊娠の可能性のある方

※ ご不明の点などありましたら、ご遠慮なく当院、放射線室までご連絡ください。



医療法人 社団 楓会  
**林 病 院**

整形外科・内科・麻酔科・リハビリテーション科  
〒730-0029 広島市中区三川町3-8  
Tel 082-248-0600 Fax 082-240-8801

## ● CT検査 依頼票 (診療情報提供書) ●

検査予定日時	
平成 年 月 日 ( ) :	

依頼元	
医療機関名 :	
診療科 :	
ご担当医師 :	先生
TEL :	- -
FAX :	- -

患者情報	
氏名 :	様
生年月日 :	M T S H 年 月 日
性別 :	男 女 年齢 :
緊急連絡先 :	- -

画像媒体	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	読影	要 ( <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 ) <input type="checkbox"/> 不要
------	---	----	--

検査部位 (原則として1検査1部位とします)	
・ 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部
・ 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部
・ 腹部	<input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部 ~ 骨盤) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 骨盤 (骨)
・ 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
・ 上肢	右・左 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指 ( )
・ 下肢	右・左 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足趾 ( )
・ その他	( )

臨床診断・検査目的・検査方法など (出来るだけ詳細にお願いします)

 ルーチン  基本撮像  その他 ( )

注意	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 検査部位周辺の体内金属 <input type="checkbox"/> 妊娠・妊娠の可能性のある方
----	--