

## ● 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15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

## ● CT検査に関する説明書 ●

### ◆ CT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ちます。
- ・ 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てください。
- ※ 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。

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

- ◆ 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) ●  
● 骨塩定量測定検査

<b>検査予定日時</b>		<b>依頼元</b>	
平成 年 月 日 ( ) :		医療機関名 :	
<b>患者情報</b>		診療科 :	
氏名 :		ご担当医師 : 先生	
生年月日 : M T S H 年 月 日		TEL : — —	
性別 : 男 ・ 女	年齢 : 才	FAX : — —	
緊急連絡先 : — —			
CD-R	<input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 郵送	読影	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 不要

C T	
頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 : +骨条件
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> HRCT <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 鎖骨
腹部	<input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部+骨盤) <input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部のみ)
骨盤	<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"/> 手指 ( )
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	( )
骨塩定量測定	
DEXA	<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節 : 圧迫骨折の場合は参考値、手術による整形素材は検査不可です。

**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

病名 :