

大阪府済生会吹田医療福祉センター健都健康管理センターCT検査
依頼書・問診票・注意事項及び撮影画像保存先に関する同意書

予約日時	年	月	日	時	分	御来院
フリガナ			性別	男	女	ID:
患者氏名		生年月日	昭和	平成	令和	年 月 日
住所 〒	-	電話番号	-	-	-	

紹介元医療機関名: _____ 医師名: _____

依頼部位 撮像部位に☑を付けて下さい。 *撮像は単純のみです。 *四肢は左右どちらかの指示をお願いします。

頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤	頸椎	胸椎	腰椎
四肢(左	右	部位)	その他())

依頼内容 ()

[下記項目はCT検査を受けられる、全ての方が必ずご記入下さい。]

- 体内に心臓の補助装置(ペースメーカー、植込み型除細動器)がありますか?
(はい ・ いいえ)
- 女性の方は、妊娠の可能性ありますか?
(はい ・ いいえ)

[検査を受けられる方への注意事項]

検査時間の4時間前から絶食してください

絶食の必要はありません

※水分の制限はありません。水やお茶等は摂取してください。酒類や牛乳(乳飲料)は控えてください。

[検査当日のご案内・注意事項] ※マイナンバー又は保険証は必ずお持ちください。

◎検査当日は受付にお越し下さい。検査受付後、CT室までお越し下さい。

◎CT室係員の案内にしたがってお待ちください。

※プラスチックや貝ボタンは外さなくても検査可能です。

※金属がついた着衣や装飾品は紛失の面から外してお越しください。

※検査当日の体調などにより、医師の判断で撮影を延期する場合があります。

健都健康管理センター撮影画像保存先に関する同意書

大阪府済生会吹田医療福祉センター
健都健康管理センター所長 殿

社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会吹田医療福祉センター健都健康管理センターでは、撮影した画像データを本院(社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会吹田病院)の画像サーバー(画像の保管庫)にて管理、保存しております。画像データは本院と共有されます。保存された画像データは診療目的以外での使用はいたしません。

私は、上記内容について説明を受け理解しましたので同意します。

本人 氏名(自署): _____

代理人(本人との続柄 _____)
氏名(自署): _____

[検査のキャンセル、および変更の場合]

平日(月・火・水・金) 9:00~19:00 木 9:00~12:00 土 9:00~16:00
(代表) TEL 06-6192-7275 時間外は翌診療日にお問い合わせください。