

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、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 時間外は翌診療日をお願いいたします。