

**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			
患者氏名 ()			男・女	ID ()		
住所 〒			生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日生
			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、妊娠の可能性がありますか？ (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〕

◎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。この用紙はご本人様確認を兼ねますので
 検査入室時までお持ちください。
 ※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。

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 9:00~19:00 TEL 06-6192-7276
 (放射線科専用) TEL 070-5342-2910
 *話し中の場合は、少し待ってからお掛け直し下さい。