

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] ※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。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 06-6192-7281

\*話し中の場合は、少し待ってからお掛け直し下さい。