



# 画像診断検査CT紹介状

<1枚目>  
FAX送信後貴院保管

診断情報提供書

医療法人 岡山画像診断センター  
画像診断 担当医

貴医療機関  
診療科

所在地

電話番号

担当医(氏名)



検査予約日時：平成 年 月 日 / 時 分 ※検査当日は30分前までにご来院ください。

フリガナ			
患者氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年	性別	
	月 日 ( 歳)		
患者住所	〒 -		
電話番号	自宅： 携帯：		

病名	
検査部位	
造影剤使用	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 注) 下記の場合は造影剤を使用できません。 ・腎機能低下 ・気管支喘息 ・造影剤アレルギー ・1ヶ月以内の血清クレアチニン値が不明
紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方	

結果の画像	メディア： <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム 結果返送方法： <input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送
-------	--

検査前確認事項		注) 安全な検査のため、必ずご確認ください。また患者様の状態によっては、医療従事者の同伴をお願いいたします。	
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり メーカー名 ( )	以下は造影剤を使用する場合のみご記入ください。	
埋込み型除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	腎機能	血清クレアチニン値 ( ) mg/dl 測定日： 年 月 日
神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	CT造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
患者の移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 ( )



医療法人 岡山画像診断センター

FAX (086)234-5633

TEL (086)235-2511

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所等を記入すること。かつ、患者住所および電話番号を必ず記入すること。



フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	性別
患者氏名			月	日 ( 歳)	

## 検査予約日時

平成 年 月 日 / 時 分

※予約時間の**30**分前が受付時間です。

### 当日の流れ

### 検査前の準備

- 1.受付** ○ 完全予約制  
予約時間の**30**分前が受付時間です。  
遅れた場合は日時の変更をお願いすることがあります。  
※キャンセルされる場合には電話でご連絡ください。
- 2.更衣** ○ 検査着に着替えます。  
※必要な方のみ。
- 3.問診** ○ 検査に必要な事項や病歴を確認します。
- 4.検査** ○ 検査は約15分間です。
- 5.終了** ○ 検査結果は主治医からお伝えします。  
※画像診断センターでの結果説明はありません。

- 🍴 お食事について**  
 腹部の検査、造影剤を使う方は検査時間の**4時間前**からは何も食べないでください。  
※水、お茶などの水分は差し支えありません。
- 👕 服装・メイクについて**  
普段の服装で構いません。  
※検査部位によっては、着替えをお願いすることがあります。
- 👜 ご持参いただくもの**  
 受診案内書(この書類です)  
 健康保険証、公費負担医療証など  
 検査費用  
※3割負担額(6,000円)  
※クレジットカードもご利用可  
 心臓ペースメーカー手帳、お薬手帳など  
※お持ちの方のみ

ご不明点・ご質問は、受付時間内に当センターまでお気軽にご連絡ください。