

①診療情報提供書(検査依頼書)

相模原赤十字病院宛

フリガナ			
患者様氏名			男・女
生年月日	大・昭・平	年	月 日(歳)
住所 〒	—		
TEL	()		
携帯	()		
身長	cm	体重	kg

医療機関名 _____

TEL _____

担当医 _____

検査予約時間 年 月 日() 時 分 ~

検査サービスのご利用に伴い以下の必要事項にご記入をお願い致します。

検査項目 (チェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 単純CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 高次脳機能検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ(トモシンセシス) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(ABPI/PWV) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他()
部 位 (チェック) 【詳しい部位】	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 下肢血管 <input type="checkbox"/> 関節(リウマチ評価) 【詳しい部位】 ()
現病歴 治療歴 検査所見 治療経過 検査目的 留意事項等	<input type="checkbox"/> 放射線検査に伴う検査説明、同意、カルテ記載
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 単純X線 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他()
糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dl) (検査当日の糖尿病薬剤の使用は避けてください)	現在状況 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
自立歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子	30分静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

連絡先 地域医療連携課 042-784-9717 (直通電話)

平日・開院土曜日 8:30~17:00

(FAX番号)042-784-2551

フリガナ
氏名 殿

生年月日 年 月 日
性別

CT検査説明書

《頭部・胸部・腹部・その他（ ）》
《 単純 》

CT検査を受けられる患者様へ

検査日時 西暦 年 月 日 (曜日)
午前 午後 時 分 予約

【検査当日の受付方法について】

- ☆ 当日は予約時間の20分前に2階総合受付窓口にて診察券と診療情報提供者を出して、お声をかけてください。
- ☆ 検査時間は内容により異なりますが、通常5分～10分程度です。
- ☆ 予約された日時に急用等でご来院いただけない場合は、必ずご連絡ください。

※検査にあたり次のことに注意してください。

【食事の制限・薬の内服について】

- ☆ 検査当日の食事について
 - 腹部検査の場合は、午前予約の方は朝食を、午後予約の方は昼食をとらないでください。
 - 膀胱検査の場合は検査1時間前から尿をためておいてください
可能であれば、検査1時間前よりコップ1～2杯の水分をおとりください
- ☆ お茶や水などは飲んでいただいて結構です。
- ☆ 特に指示がない場合は、お薬は飲んでください。

【CTによる放射線被ばくについて】

- ☆ CT検査では放射線被ばくを伴います。しかし使われる放射線の量は少なく、人体に影響を与える量ではありません。CTは早期に病気を発見し、治療方針を決定できるという効果があります。それは被ばくによる影響よりも大きく上回るものです。ただし妊娠中における胎児や小児などは放射線に対する感受性が高いことが知られています。その場合は被ばくと検査の必要性を十分に考慮し、検査の実施を判断いたします。
- ☆ 妊娠されている方、またはその可能性がある方は必ず予約時に申し出てください。
- ☆ その他、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお知らせください。

相模原赤十字病院 地域医療連携課
TEL：042-784-9717

相模原赤十字病院の検査のご案内

患者氏名 _____ 様

検査予約日時 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

検査予約内容 _____

1. 検査当日20分前迄に、2階総合カウンターへお越し下さい。 (検査内容によって異なる場合があります。)

【来院時の持ち物】

- 1) 「相模原赤十字病院の検査のご案内」(この用紙)
- 2) 「診療情報提供書(検査依頼書)」
- 3) 「保険証」
- 4) 「診察券」(以前に当院受診されている方)

2. 都合が悪く来院できない場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

【連絡先】相模原赤十字病院 地域医療連携課

TEL: 042-784-9717 FAX: 042-784-2551