

## CT検査依頼医療機関様へのお願い

### 【ご予約について】

1. 検査は全て予約制です。電話にてご予約承ります。(患者様から直接ご予約の場合は、診療情報提供書を必ず事前にFAXでお送りください。)
2. 検査時間などの関係で、原則として1回の検査は1部位に限らせていただきます。
3. 診療情報提供書は出来るだけ事前にFAXまたは郵送でお送りください。
4. 当センターは、労災指定医療機関ではないため、その旨の検査の際は必ず予約時にお知らせください。
5. 診療情報提供書はもれなくご記入ください。また、ご記入いただいた内容等につきまして当センターから問い合わせをさせていただく場合がありますのでご了承ください。

### 【CT検査について】

1. 心臓ペースメーカーを装着している方は誤作動のおそれがありますので、頸部及び胸部の検査をお断りしております。該当する方はペースメーカーを装着した医療機関での検査をおすすめいたします。
2. **腹部検査**または**造影検査**をご依頼の際は、受診される方に**検査4時間前からの禁食**(水、お茶はかまいません)をご指示ください。
3. 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査をお断りしております。

### 【造影検査について】

1. 当センターでは次に該当する方の造影検査はお断りさせていただきます。
  - 小学生以下のお子様
  - 気管支ぜんそく(小児ぜんそく含む)
  - 一般状態が悪い
  - 甲状腺機能亢進症
  - 過去に造影剤を使用して副作用を生じたことがある
  - 腎機能障害(クレアチニン値2.0mg/dl以上、またはeGFR 30.0ml/min/1.73m<sup>2</sup>未満。ただし透析中の方は除きますが、予約時にお知らせください)
2. 造影検査をご依頼の際は、診療情報提供書に**3ヶ月以内のクレアチニン値**ならびにアレルギー疾患の有無についてご記入ください。ご記入がない場合は、単純検査になります。
3. **ビグアナイド系糖尿病薬**は、ヨード造影剤と併用することにより乳酸アシドーシスをきたすことがあるため、**検査の前後2日(検査日を含め5日間)は、服薬を中止**してください。
4. 別紙「CT造影検査についての説明書」を受診される方にお渡しいただき、あらかじめ副作用等のリスクについてご説明ください。

### 【検査結果について】

1. 検査結果は貴院宛に発送いたします。画像データをご希望の際はCD-ROMまたはコピーフィルムのいずれかでご提供いたします。
2. 検査当日、受診される方に結果をお渡しすることも可能です。その際は「当日渡し希望」の欄に○印をご記入のうえ、受診される方には検査終了後1時間程度お待ちいただく旨お伝えください。(検査内容によっては当日お渡し出来ない場合もあります)

本様式の最後のページは受診される方への『注意書き』および『案内図』となっております。検査日時をご記入のうえ、受診される方へお渡しください。

公益財団法人世田谷区保健センター 医務課  
〒156-0043 世田谷区松原6-37-10

【予約】TEL 03-6265-7446 FAX 03-6265-7419

# 診療情報提供書 [CT]

(公財) 世田谷区保健センターあて (FAX 03-6265-7419)

2020年4月版

年 月 日	フリガナ	男・女
医療機関名	患者氏名	様
所在地	生年月日 T・S・H	年 月 日 歳
医師名	住 所	丁目 番 号
電 話	電 話 ( )	
検査日時	年 月 日 ( )	午前 午後 時 分

番号に○をしてください。

検査部位	1. 頭 部	2. 頸 部	3. 胸 部	4. 腹 部	5. 骨 盤 部	その他の部位 (具体的にお書きください)
------	--------	--------	--------	--------	----------	-------------------------

造 影 検 査	1. 不要	★必要なデータがない場合は単純検査となります。				
	2. 要	クレアチニン値 _____ mg/dl	気管支喘息および小児喘息 [ 無・有 <sup>※</sup> ] <small>※有は造影検査できません</small>			
	3. 適宜	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	ビグアナイド系糖尿病薬 [ 無・有 ] ( ) <small>造影検査日の前後2日間は服薬できません</small>			
		※3ヶ月以内のデータに限ります ※原則2.0mg/dl以上は禁忌です	アレルギー疾患 [ 無・有 ] ( )			
			感 染 症 [ 無・有 ] ( )			

妊娠： 無・有 → CT検査はお受けできません。

心臓ペースメーカー： 無・有 → 頸・胸部CTはお受けできません。

**臨床診断や検査目的**

**症状経過及び検査結果**

**手術歴**

[ 無・有 ] (詳しく)

検査結果	画像のご提供方法 (必要時、ご記入ください)	CD-ROM	有所見時のみCD-ROM	当日渡しを 希望する
		フィルム	有所見時のみフィルム	

この用紙は受診される方  
にお渡しください。

## 【CT検査を受診される方へ】

検査日は        月        日 受付時間は 午前・午後        時        分です。

- ※ 受付時間に来られない場合は、**事前にご連絡**ください。
- ※ **検査はおよそ30分以内で終了します。当日の状況により検査が遅れる場合もございます。** 時間には余裕をもってお越しくださいますようお願いいたします。

CT検査とは、X線を利用して身体の内部(断面)を画像化する検査です。

1. この検査は保険診療です。**保険証・医療証(交付されている方のみ)**をご持参ください。
2. 検査にかかるご費用は、保険証・医療証の負担割合で**現金にてお支払い**いただきます。

負担割合	単純撮影	造影撮影
1割	2,100円前後	～3,100円
2割	4,100円前後	～6,200円
3割	6,100円前後	～9,300円

\*上記の金額はあくまでも目安です。また、保険適用外の場合はお問い合わせください。

3. **腹部検査**または**造影検査**を受けられる方は、**受付の4時間前から禁食**となります。水・お茶は飲んでもかまいません。心臓病・高血圧等の治療薬につきましては、通常どおり服用してください。
4. 造影検査(または造影適宜検査)の方は、主治医より渡されました「CT造影検査についての説明書」をお読みいただき、必要事項をご記入のうえ検査当日にご持参ください。
5. 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査をお断りしております。
6. 金属類は検査の妨げになる場合がありますので、ヘアピン・イヤリング・ネックレス・その他金属類ははずしてください。
7. 検査結果は主治医宛てに発送します。到着をご確認のうえ、ご受診ください。
8. その他、ご不明なことがありましたらお問い合わせください。

公益財団法人 世田谷区保健センター

☎03-6265-7413

