

CT 検査(単純・造影)の依頼手順

CT 検査をご依頼頂く先生には、検査依頼の手順に関する以下の点について、ご理解とご協力のほどをお願いします。

検査の予約、依頼方法、あるいは検査内容などに関して不明な点がございましたら、当院放射線科または地域連携・相談支援センターまでお尋ね下さい。

予約の手順

1. 検査の予約は当院放射線科または地域連携・相談支援センターを通じ、お電話でお願いします。予約受付時間は平日の 8:30 から 17:00 です。
 2. 電話予約されましたら、「CT 検査依頼書(兼診療情報提供書)」に記入の上、**FAX(096-382-0592)**まで送信してください。
 3. 当院より FAX 受信した旨を「CT 検査予約確認票」で、ご報告します。
 4. 患者様には、CT 検査予約確認票・CT 検査依頼書(兼診療情報提供書)の複写2枚目「②患者様持参用」、または貴院作成様式分・及び保険証をお持ち下さいますようお願いいたします。
- ※ 造影 CT を予約された場合は、患者様に「造影検査問診票」、「造影 CT 検査を受けられる患者様へ」と題する患者様向けの説明文、以上の2点をお渡し下さい。
患者様には説明文をよくお読み頂き、「造影検査問診票」へ記入の上、検査当日に必ずお持ち下さいますようお願いいたします。
また午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食の食止めをお願いします。

注意事項

1. 診療等も含めてのご依頼の場合は、貴院様式での診療情報提供書による御紹介をお願い致します。
2. 患者様への CT 検査に関する十分な説明と、重要事項の確認をお願いします。
特に造影 CT を依頼される場合は、以前の造影剤使用による副作用・アレルギーの有無・喘息・重篤な甲状腺疾患・腎機能など確認と記載をお願いします。
3. ビグアイド系糖尿病薬とヨード造影剤は併用注意となっています。
腎機能にもよりますが造影検査前後 48 時間の休薬検討・指示をお願いします。
4. 検査の説明と同意書取得は、当院外来で改めて行います。患者様の同意が得られない場合など、検査をお断りさせて頂く場合がございますので、ご了承下さい。
5. 読影結果及び CD-R 等につきましては、原則当日中に患者様へお渡し致します。
なお、患者様がお急ぎの場合など、ご希望がある場合は翌日発送致します。



医療法人社団 鶴友会 鶴田病院 放射線科
〒862-0925 熊本県熊本市東区保田窪本町 10-112
096-382-0500 (内線 1131)