

# 診療情報提供書【CT検査（単純）用】

兵庫県立はりま姫路総合医療センター  
 地域医療連携課  
 電話 079-263-8155（予約専用）  
 FAX 079-289-2055（予約専用）

医療機関名	
診療科	医師名
住所	
電話	FAX

患者	ふりがな			当院もしくは統合前2病院の受診歴		
	氏名	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	
		<input type="checkbox"/> 女	(ID )			
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	身長	cm	体重	kg
	住所	〒				
	電話	自宅( ) 携帯( )				
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他( )					
検査希望日	第1希望日 月 日 ( 曜日)		第2希望日 月 日 ( 曜日)			
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部					
問診 <small>※事故防止の為、必ず全て記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ; 種類 ) <input type="checkbox"/> 植え込み型除細動器 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ; 種類 ) 妊娠 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )					
必要書類	<input type="checkbox"/> 別紙「CT検査および被ばく 説明書・同意書」ご説明と同意書の取得をお願いいたします。					
①診断名						

②主訴 ③既往歴及び家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥現在の処方 ⑦その他

ご紹介ありがとうございます。折り返し、上記のFAX宛てに検査予約票などを送付いたします。

CD-R・検査結果は翌日以降郵送となります。

# 単純CT検査 説明書・同意書

この用紙は診療情報提供書と一緒にFAXの上、検査当日にお持ちください。

氏名	I D	
生年月日	年齢	歳
診療科	説明担当医	

## 検査内容・被ばくについて

CTはX線を照射して輪切りの画像を得る検査です。X線を用いるために放射線被ばくを伴います。体に悪影響ができるだけでないよう放射線量は抑えています。妊娠しておられる方や小さいお子さんでは被ばくの影響を受ける可能性がありますので、担当の先生と相談してください。

単純CT検査の必要性、被ばくについての説明を受け納得しました。検査を受ける事に同意します。

同意日 年 月 日

患者氏名

代理人 続柄 ( )

不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

兵庫県立はりま姫路総合医療センター TEL ; 079-289-5080 (代表)

作成 : 2022.5.1