

CT検査説明予約票

様

検査予定日 ()

検査の 30 分前には受付をお済ませ下さい。

- * 当日、予約時間は状況により多少前後する可能性があることをご了承下さい。
- * 紹介状・検査予約票・問診票・保険証を一緒にご持参下さい。
(当院診察券をお持ちの方は、診察券もご持参下さい)
- * ペースメーカーなど (ICD：植込み型除細動器・CRT-P：心臓再同期ペースメーカー・CRT-D：両室ペーシング機能付き植込み型除細動器) 植込み後の方は、ペースメーカー手帳・カードをご持参下さい。

あなたが受ける検査は、絶食が (☐ 必要です ☐ 必要ありません) 。

絶食が必要な方へ

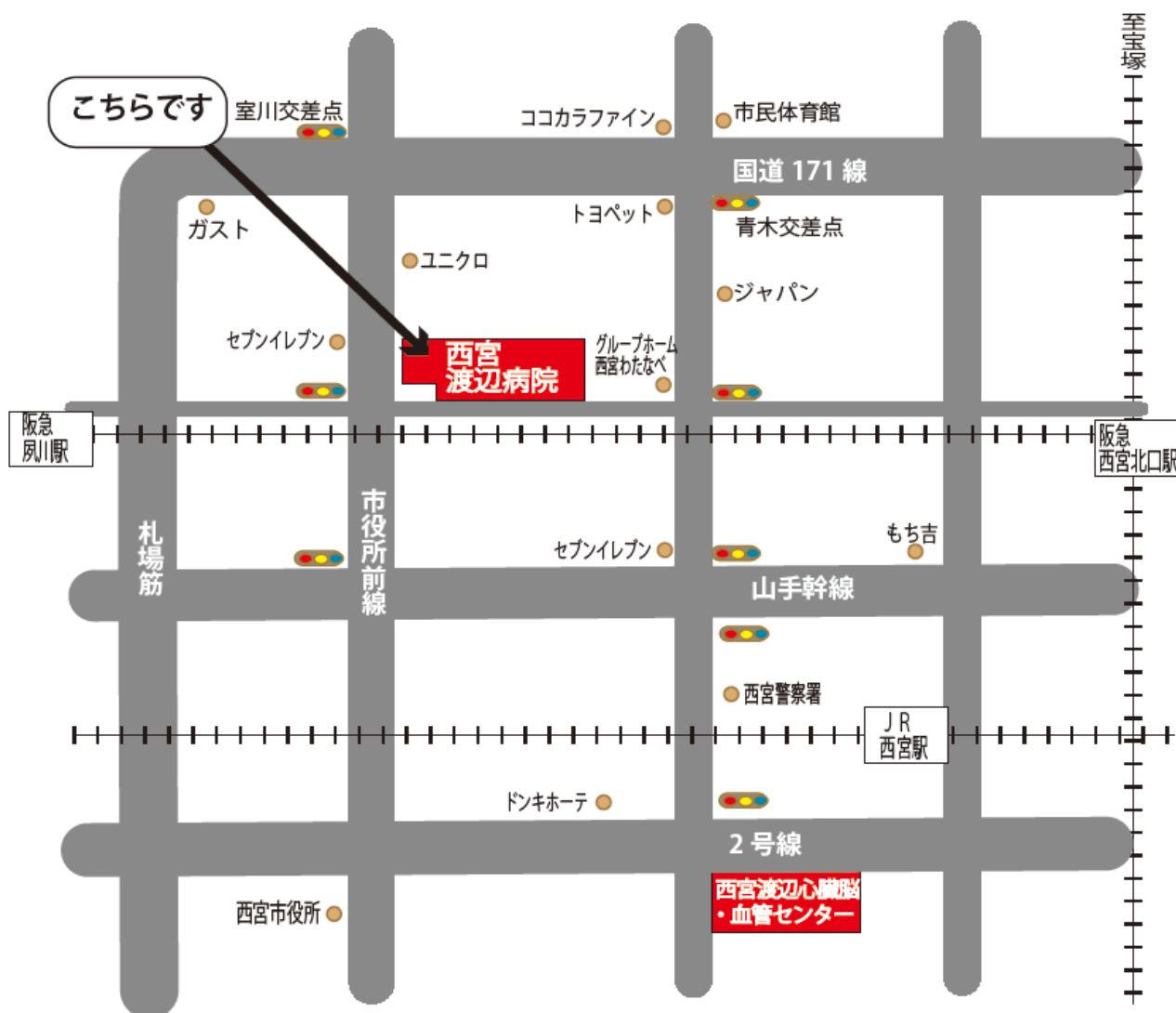
- 検査当日の (☐ 朝食 ☐ 昼食) は絶食が必要です。
- 検査当日は、少量のお水のみ飲んで頂いてもかまいません。
- 糖尿病治療中の方は、絶食中には糖尿病薬 (内服薬およびインスリン注射) を使用しないで下さい。
- その他の方は、通常通り内服薬をお飲み下さい。

検査の準備・注意事項

- ネックレス・指輪・ヘアピン・ピアスなどの金属類・シップ・エレキバン・カイロ・補聴器・入れ歯などは外しておいて下さい。補聴器・入れ歯は検査直前でも構いません。
- 胸部・腹部検査時は、検査衣に着替えて頂く場合があります。
(検査衣の下はパンツのみの着用となります)
- ✓ 当日、体調の悪い方は早めに看護師にお申し出下さい。
- ✓ その他、分からないことがあればお申し出下さい。
- ✓ ご予約の変更は早めに連絡下さい。

説明医師

社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院 西宮市室川町10-22
TEL 0798 (74) 2630 FAX 0798 (74) 0199



- JR西宮駅から徒歩15分
- 阪急西宮北口駅から徒歩20分
- 阪急夙川駅から徒歩21分

社会医療法人渡邊高記念会 **西宮渡辺病院**
 西宮市室川町10-22
 TEL 0798 (74) 2630 FAX 0798 (74) 0199

ID: _____
カナ氏名: _____
患者氏名: _____
生年月日: _____

単純CT 検査問診票

CT 検査を安全に受けて頂くために、以下の質問にお答え下さい。

1. これまでに手術を受けたことがありますか？

() いいえ () はい → どのような手術ですか？ ()

2. ペースメーカー・ICD(植込み型除細動器)・CRT-D (両室ペーシング機能付き植込み型除細動器)・CRT-P (心臓再同期ペースメーカー) を植え込んでいますか？

() いいえ () はい (ペースメーカー・ICD・CRT-D・CRT-P)

3. 女性の方へ

現在、妊娠しているまたはその可能性がありますか？**あるいは不妊治療中でしょうか？**

() いいえ () はい

依頼医記入欄 (以下の項目を確認して下さい)

- ☐ 全ての体内金属・機器について起こりうる危険を説明し承諾を得て、CT検査可能であることを確認した。

____年 ____月 ____日 患者の署名 _____ 確認医師 _____

【同意書への署名ができない事由】

- ☐ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、後日同意書への署名する予定。
- ☐ 【氏名 _____ 続柄 _____】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することができないため、来院時に同意書への署名する予定。
- ☐ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名 _____