

診療情報提供書 CT検査 依頼書

(御池クリニック分)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

《1枚目》 お申込日 年 月 日

フリガナ		性別	
氏名		<input type="radio"/> 男	電話 (日中連絡のつくところ)
		<input type="radio"/> 女	
生年月日	年 月 日	歳	ID

来院日時	年 月 日 ()	<input type="radio"/> 午前	時 分
		<input type="radio"/> 午後	

検査は完全予約制となります。 遅刻されますと長時間の待ち時間や日程変更をお願いする事があります。
 来院からの流れ：受付処理・問診ご記入 (5~10分) → 問診確認・着替え (5~10分) → 検査 (10~20分)

臨床診断名		手術歴	
現病歴(症状)			
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング		

検査部位・指示

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 肩関節 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり)	特記事項などあればご記入ください
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり)	
<input type="checkbox"/> 中耳・内耳	<input type="checkbox"/> 冠動脈	
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 大腸CT	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 上腹部		
<input type="checkbox"/> 下腹部		
<input type="checkbox"/> 頸椎		
<input type="checkbox"/> 腰椎		

確認事項	撮影手技	造影時チェック (造影時必須)	※造影時には必ず全ての項目のご確認をお願いいたします。禁忌事項がある場合、造影検査はできませんのでご了承ください。造影可能かご不明な場合はお尋ねください。
	<input type="checkbox"/> 単純のみ	<input type="checkbox"/> 喘息無し	
	<input type="checkbox"/> 造影のみ	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症無し	
	<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー無し	
	<input type="checkbox"/> CTAngio	<input type="checkbox"/> クレアチニン値測定	
		mg/dl	
		<input type="checkbox"/> e-GFR値測定	ml/min
	・妊娠 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (LM : / ~ 日間)		
	・アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 :)		
	・感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 :)		
	・糖尿病 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (処方薬剤 :)		

※基本は、CD-Rでの返却です。 CD-R フィルム (チェックがない場合は、CD-Rのみの返却となります。)

御池クリニック記入欄

--

診療情報提供書 CT検査 依頼書

(ご依頼元控え)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

《2枚目》 お申込日 年 月 日

フリガナ		性別	
氏名		<input type="radio"/> 男	
		<input type="radio"/> 女	
生年月日	年 月 日	歳	ID
		電話 (日中連絡のつくところ)	

来院日時	年 月 日 ()	<input type="radio"/> 午前	時	分
<input type="radio"/> 午後				

検査は完全予約制となります。 遅刻されますと長時間の待ち時間や日程変更をお願いする事があります。
 来院からの流れ：受付処理・問診ご記入 (5~10分) → 問診確認・着替え (5~10分) → 検査 (10~20分)

臨床診断名		手術歴	
現病歴(症状)			
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング		

検査部位・指示

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 肩関節 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり)	特記事項などあればご記入ください
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり)	
<input type="checkbox"/> 中耳・内耳	<input type="checkbox"/> 冠動脈	
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 大腸CT	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 上腹部		
<input type="checkbox"/> 下腹部		
<input type="checkbox"/> 頸椎		
<input type="checkbox"/> 腰椎		

確認事項	撮影手技	造影時チェック (造影時必須)	※造影時には必ず全ての項目のご確認をお願いいたします。禁忌事項がある場合、造影検査はできませんのでご了承ください。造影可能かご不明な場合はお尋ねください。
	<input type="checkbox"/> 単純のみ	<input type="checkbox"/> 喘息無し	
	<input type="checkbox"/> 造影のみ	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症無し	
	<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー無し	
	<input type="checkbox"/> CTAngio	<input type="checkbox"/> クレアチニン値測定	
		mg/dl	
		<input type="checkbox"/> e-GFR値測定	ml/min
	・妊 娠 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (LM : / ~ 日間)		
	・アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 :)		
	・感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 :)		
	・糖尿病 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (処方薬剤 :)		

※基本は、CD-Rでの返却です。 CD-R フィルム (チェックがない場合は、CD-Rのみの返却となります。)

<主治医の先生へお願い>

- ・上下腹部の検査では、検査前5日間は、バリウム検査を行わないでください。
- ・造影検査をご依頼される際は、気管支喘息の方、腎機能が低下している方、造影剤アレルギーのある方、甲状腺機能亢進症の方につきましては造影検査を実施できません。必ず喘息・造影剤アレルギーのチェック、クレアチニン値の測定と記入をお願いします。
- ・安静を保つための麻酔・鎮静剤等の投与は当クリニックではできませんので必要な場合は、主治医が必ずご同伴ください。

診療情報提供書 CT検査 依頼書

(ご案内および注意事項)

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

《3枚目》 お申込日 年 月 日

フリガナ		性別	
氏名		<input type="radio"/> 男	電話 (日中連絡のつくところ)
		<input type="radio"/> 女	
生年月日	年 月 日	歳	ID

来院日時	年 月 日 ()	<input type="radio"/> 午前	時 分
		<input type="radio"/> 午後	

検査は完全予約制となります。 遅刻されますと長時間の待ち時間や日程変更をお願いする事があります。
 来院からの流れ：受付処理・問診ご記入 (5~10分) → 問診確認・着替え (5~10分) → 検査 (10~20分)

- ◆保険証と依頼書（御池クリニック宛）を必ずお持ちください。
- ◆検査は予約制です。予約日時にお越しになれない場合は、検査前日までに必ずご連絡ください。
- ◆荷物は全てロッカーに入れていただきます。高価な物や必要以上の現金をお持ちにならないでください。

◆食事制限について

検査部位が『上腹部、下腹部の場合』、および検査部位にかかわらず『造影検査の場合』は、来院前の4時間前からの絶食をお願いします。水分（水またはお茶）につきましては、特別に指示が無ければ検査開始まで摂っていただいて結構です。

◆排尿制限について

検査目的が『下腹部』などに関する場合、尿を溜めた状態で検査をします。トイレに行かれる場合は、あらかじめ来院時間の1時間前までに済ませてからお越しください。

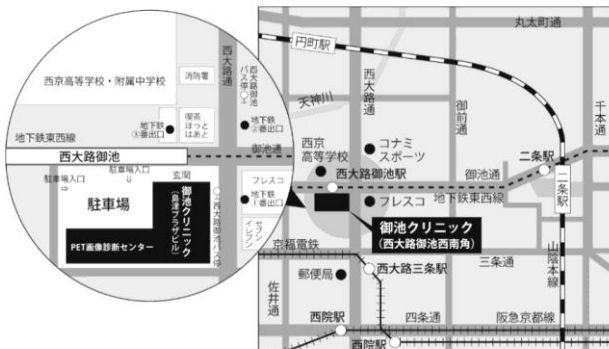
◆造影検査を受けられる方へ

ぜんそく・腎機能が低下している方・今までに造影剤アレルギーのあった方・甲状腺機能亢進症の方は基本的に造影検査を行うことができません。（該当する項目がございましたら、主治医の先生にご相談ください。）

また、まれに薬の副作用で「じんましん・むかつき」等の症状が出る場合があります。また、極めてまれにですが、強い症状が出る場合があります。その際には必要と判断した処置を適宜実施いたします。

◆ペースメーカー、除細動器を装着されている方へ

機種によっては、ペースメーカーの本体部の撮影ができない場合がありますので、循環器内科主治医にご確認をお願いします。また念のためペースメーカー手帳をお持ちください。徐細動器（ICD）は原則として本体部分の撮影はできませんのでご了承ください。



交通アクセス

- 地下鉄東西線西大路御池駅 ③番出入口すぐ
- JR京都駅より 市バス205系統 西大路御池下車すぐ (金閣寺方面)
- 阪急西院駅より 徒歩10分
- 京福電鉄 西大路三条駅より 徒歩3分
- 駐車場 約40台



御池クリニック

人間ドック・PET画像診断センター

〒604-8436 京都市中京区西ノ京下合町1-1
 SHIMADZU PLAZA 1F (西大路御池西南角)
 TEL 075-823-3000 (代表)
 075-823-3336 (予約直通)
 FAX 075-823-3201
 URL <http://www.oike-clinic.jp/>