

CT 検査の依頼手順について

※患者様からの直接の依頼は受け付けておりませんので、先ずはかかりつけ医にご相談ください

下記ファイルをダウンロード頂きご記入ください

CT 検査依頼用紙 兼 診療情報提供書

PDF

Word

1. 「CT 検査依頼用紙 兼 診療情報提供書」に必要事項をご記入ください

《希望日時》 検査可能日時は下記の通りです 時間は前後する可能性があります

午前診 9:00～12:00 (月・火・水・金・土)

午後診 17:00～19:30 (月・火・木・金)

《撮影部位》 検査を希望される部位に○印を付けてください。複数でも構いません

検査可能部位は頭部・胸部・腹部・脊椎です

今後も順次撮影可能部位を増やしていく予定です

当面は単純 CT のみの対応とさせていただきます (造影剤を用いての検査は行っておりません)

《検査目的》 読影医に検査目的が適切に伝わるよう、必要な情報をご提供ください

注意事項

腹部 CT 検査の場合、朝食は絶食で来院して下さるようご説明下さい

(飲水はして頂いて構いません)

お薬を飲まれている場合は検査当日の服用の可否を患者様にご説明ください

CT の検査前 1 週間以内のバリウム検査 (胃透視や注腸検査) は控えてください

仰臥位になれない患者様は検査ができない可能性があります

認知症など併存症によっては検査ができない可能性があります

妊娠をされている方は CT 検査を受けられません

2. 下記書類を FAX (072-892-5111) または郵送でお送りください

送信書類： 「CT 検査依頼用紙 兼 診療情報提供書」

個人情報のお取り扱いには十分ご注意ください。

土曜日や祝日前、長期休暇前の診療終了後に送信された場合、翌診療日まで確認ができませんので

あらかじめご承知おきください

随時 FAX の受信は行っておりますが、予約設定の対応は当院の診療時間内で行います
当日の検査をご希望の場合、お電話でご連絡頂ければご対応させていただきます

3. 検査予約日時が決まりましたら「CT 検査予約票」を FAX で返信いたします

返信書類： 「CT 検査予約票」

2-3日のうちに返信がない場合は、お手数ですがお電話でご確認ください

4. 「CT 検査予約票」を患者様へお渡しください

お渡しの前に、ご予約の日時・お名前にお間違いがないかをご確認ください

予約時間の 10 分前には来院して下さるようお伝えください

必要に応じ、読影依頼時に過去画像との比較をご希望される場合は、

予め画像データを患者様へお預けください（film は不可）

5. 検査終了後、契約業者へ読影を依頼します

読影依頼先： 京都プロメド株式会社 <https://www.promed.jp/> TEL : 075-257-5577

原則、検査依頼時にご記載頂いた文面をそのまま読影依頼に使用いたします

検査画像の読影・確認は当院でも行います。ご依頼内容に加えて、ほかに気になる所見を認めた場合は読影依頼に追記いたします

follow up などで当院が過去画像を有する場合はこちらの判断で添付いたします

6. 所見の返却を待つて CT 画像データの CD-R とともに郵送で返送いたします

検査結果は原則 1 週間以内に郵送いたします

得られた検査結果について、ご不明な点がございましたらご連絡ください

電話番号： 072 - 892 - 9500

FAX 番号： 072 - 892 - 5111

ご入用でしたらダウンロードしてご利用ください

CT 検査予約票

