

CT検査依頼書

紹介元医療機関

竜操整形外科病院 放射線科 行

予約日時

年 月 日 時 分

※ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けておりません。

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	年	月 日
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頚椎	<input type="checkbox"/> (R・L) 肩関節	<input type="checkbox"/> 頭部	□その他 ()
	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> (R・L) 肘関節	<input type="checkbox"/> 胸部	
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> (R・L) 手関節	<input type="checkbox"/> 腹部	
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> (R・L) 膝関節		
	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> (R・L) 足関節		
疾患名 検査目的など				

CT検査問診票

1. 妊娠している、またはその可能性がある □はい □いいえ
2. インスリンポンプ、持続血糖測定器(リブレ)を使用している □はい □いいえ
はい の場合、検査前に外していただく必要があります
3. 心臓ペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)、神経刺激器を使用している □はい □いいえ
はい の場合、撮影部位によっては検査ができない可能性があります

CT検査同意書

私は竜操整形外科病院にてCT検査を受けるにあたり、紹介元医師から以下の内容について十分な説明を受け、診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施に同意します。
尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

- CT検査の必要性
 医療被ばくについて

紹介元医師署名 ※署名により患者様への十分な説明を行ったものといたします

同意日 _____年 _____月 _____日

患者氏名

保護者または
保証人氏名

※未成年または署名できない場合は右側もご記入ください

患者
電話番号

患者
住所

【検査を受けられる患者様へ】

予約時間に遅れますと、撮影開始が大幅に遅くなる、もしくは予約を取り直していただく場合がございます。お時間に余裕をもってお越しください。



医療法人 相生会 竜操整形外科病院

〒703-8245

岡山県岡山市中区藤原21-1

TEL代表 086-273-1233

TEL外来棟 086-273-1122

CT検査・骨粗鬆症検査(DEXA・レントゲン)説明書

○検査の必要性について

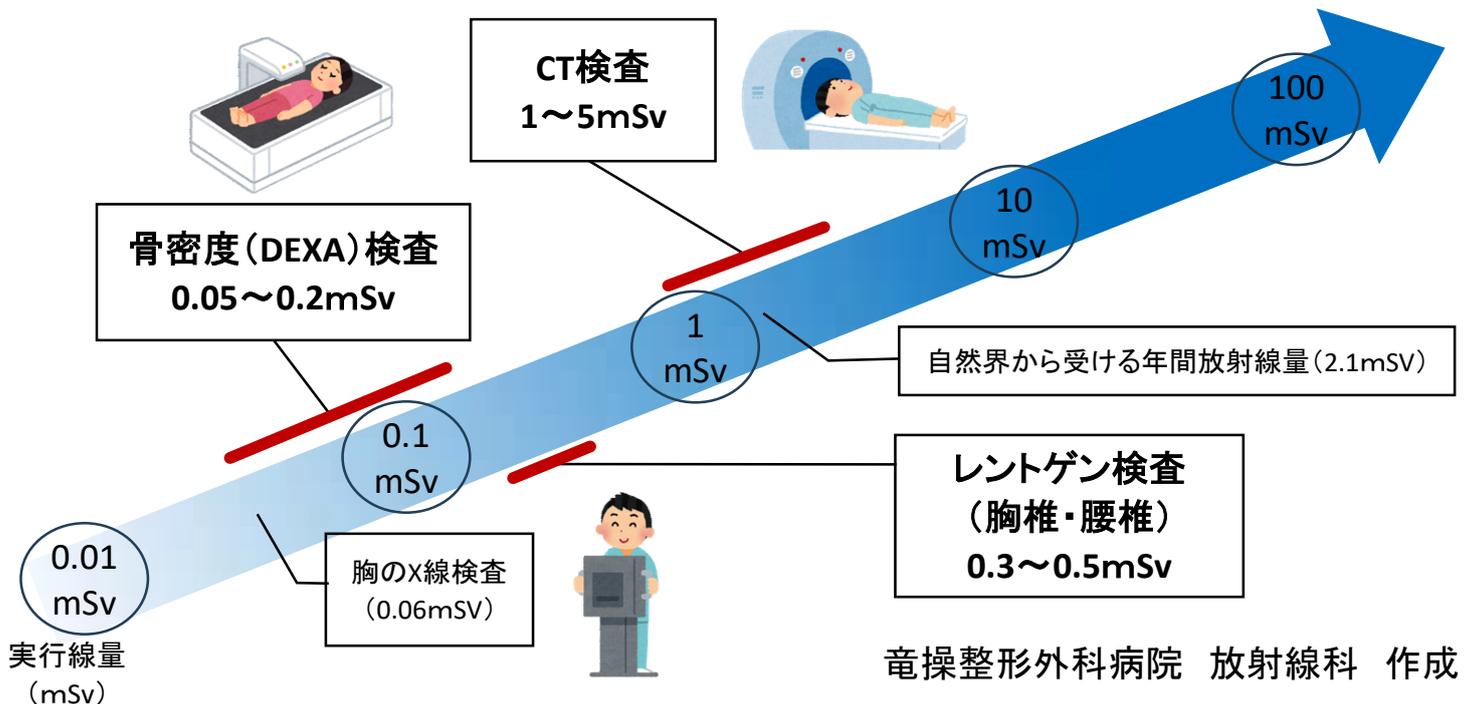
- ・病気やけがを、迅速に、正確に見つけます。
- ・診断、治療方針の決定などに対して重要な情報が得られます。
- ・放射線により被ばくしますが、検査によって得られる利益のほうが十分に大きいと判断される場合に実施します。

○放射線と発がんについて

一般的には100ミリシーベルト(mSv)以下の放射線被ばくによる影響はほとんどないと考えられています。

放射線は無害ではありませんが、日常生活の様々な影響(大気汚染、喫煙、大量飲酒、運動不足など)の方が大きくなるため、検査での放射線による発がん率の増加は確認されていません。

竜操整形外科病院では
放射線被ばくを必要最低限に抑えて
検査を行うよう努めています



【注意事項】

- ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けておりません。
- 検査に際し、当院において鎮静・鎮痛の処置は致しません。
- 体動等により、画像が不明瞭、もしくは検査が実施できない場合があります。
- 問診票にて該当する項目があり、検査の実施が不明な場合は、事前に問い合わせ等を行い検査の可否を確定していただきますようお願いいたします。安全性が確認できない場合、検査を実施することができません。
また、竜操整形外科病院での確認問い合わせ対応はいたしません。