

## CT 検査／内視鏡検査 依頼・予約票

検査予約はお電話にてお願いします。(受付時間：月～金 9時～17時 祝祭日除く)  
 予約日時が決まりましたら下記にご記入頂き、診療情報提供書とともに FAX 送信して下さい。  
 送信後は患者様に予約票としてお渡し下さい。

検査予約受付:放射線科 078-652-3201 (代) FAX 番号：078-681-6723

予約日時：	令和      年      月      日 (      )	時      分	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 内視鏡
	令和      年      月      日 (      )	時      分	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 内視鏡
患者氏名：	様	貴院名：		
連絡先 Tel：		主治医名：		
(当日連絡がつく電話番号をお願い致します)		Tel：		
		Fax：		
CT 検査： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他(      )				
内視鏡検査： <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> どちらでもよい				
感染症：      HBs 抗原 (      ) HCV 抗体 (      ) TPHA (      ) RPR (      )				
当院ではご依頼の医療機関様に、内視鏡検査前の感染症検査をお願いしております。結果が後日である場合は、FAX にて結果をお知らせください。				
アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> キシロカイン <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他(      )				
抗血栓薬： <input type="checkbox"/> 服用なし <input type="checkbox"/> 服用あり (アスピリン・ワーファリン・その他：      )				
<input type="checkbox"/> 休薬不可 <input type="checkbox"/> 休薬 (薬剤名：      を      月      日から内服中止)				

**(患者様への注意事項)**

- ✓ 検査当日は予約の 15 分前までに来院し、受付窓口で受付をお願いします。
- ✓ 当日お持ち頂くもの：検査依頼・予約票 (本用紙)、診療情報提供書、健康保険証又は保険証確認ができるマイナンバーカード、公文病院の診察券 (お持ちの方のみ)、タオル 1 枚 (内視鏡検査の方)
- ✓ 予約日に都合が悪くなった場合などは、公文病院までご連絡ください。

**(腹部 CT 検査を受けられる患者様)**

- ✓ 検査時刻が午前の方：検査当日は朝食を食べず、水以外の飲み物を飲まないでください。
- ✓ 検査時刻が午後の方：検査当日は昼食を食べず、水以外の飲み物を飲まないでください。朝食は 8 時まで済ませて下さい。
- ✓ 水は検査 1 時間前から飲まないでください。

**(内視鏡を受けられる患者様)**

- ✓ 検査前日の夕食は午後 11 時までにはすませて下さい。検査当日は朝食、昼食とも食べないでください。水以外の飲み物も摂取しないで下さい。水は検査 1 時間前から飲まないで下さい。
- ✓ 検査当日は喫煙をしないで下さい。
- ✓ 検査当日の内服薬は、かかりつけ医にご相談頂き、指示に従ってください。
- ✓ 検査当日は体を締めつけるような衣服の着用は避けて下さい。
- ✓ 感染症の結果によって予約時間の変更をお願いすることがあります。ご了承下さい。

医療法人楠和会 公文病院 外来  
 TEL: 078-652-3201 (代)