

## CT 検査予約時のお願い（依頼医用）

### ◎ 検査の予約について

- ・予約制の検査になりますので当院受付に連絡をいただければ、予約受付担当者が予約の受付をいたします。

予約受付時間 9:00～17:30（月～金曜日）

CT検査時間 単純撮影（月～金曜日）

午前 9:00～12:30 午後 14:00～17:00

造影撮影（月・水・金曜日）

午後 14:00～17:00

- ・当日の検査予約につきましては、当院の検査予定等によりお受けできない場合があります。
- ・検査時間が決まりましたら、CT 依頼書に必要事項を記載し当院まで依頼書を FAX してください。造影検査を希望される場合は同意書も FAX してください。

### ◎ CT 検査依頼書の記入について

- ・当日患者様が来院されない場合などに連絡がとれるよう患者様の電話番号は必ず記入してください。
- ・特定部位の拡大像や特に薄いスライス厚などを希望される場合は、検査希望事項・注意事項の欄に記載してください。
- ・通常読影を希望される場合は、読影結果の送付方法にチェックをしてください。FAX での返信を希望される場合は FAX 番号を必ず記載してください。記載の無い場合は全て郵送にて送らせていただきます。  
至急読影は検査終了後 3 時間以内に読影結果を FAX にて送付します。FAX 番号の記載がない場合は読影結果送付が遅くなる場合があります。
- ・読影依頼された場合、画像診断料(450 点)を当院で算定いたします。

### ◎造影 CT 検査について

- ・CT 検査依頼用紙のチェックリストに必ず記入してください。
- ・造影検査を希望される場合は、造影 CT 検査同意書の内容を患者様に説明していただき、患者様もしくは代理人の署名が必要になります。同意書がない場合は造影検査を行うことは出来ませんので、ご了承ください。
- ・患者様に検査予定時間の 4 時間前から絶食で来院するよう説明をお願いいたします。
- ・ヨード又はヨード系造影剤過敏症の既往、重篤な甲状腺疾患、心障害、腎障害などがある患者様は造影検査をお断りする場合があります。
- ・ビグアナイド系血糖降下剤を服用されている患者様は検査の 2 日前から、検査の 2 日後までの合計 5 日間の休薬をお願いいたします。
- ・造影検査は検査当日の患者様の状態や申し出により中止する場合があります。

### ◎検査結果について

- ・検査画像は患者様にお渡しし、紹介元医療機関を受診される際に持参していただきます。
- ・画像は全て CD-R にてお渡しいたします。フィルムで提供することはできません。
- ・通常読影での読影結果は検査の翌業務日中に送付しますが、やむおえない事情により送付が遅れる場合があります。

南鹿児島さくら病院

TEL 099-253-7272

FAX 099-253-7236