**ダイレクト予約システム**

**「CT検査」**

**紹介医院：　　　　　　　　　　　　　　患者氏名：**

**生年月日：**

**検査日時：令和　　年　　月　　日　　　時**

**検査部位：　□頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□骨盤　□その他（　　　　）**

**目標臓器：（　　　　　　　　　）**

**GOT（　　　　）　GPT（　　　　）　BUN（　　　　）　Cr（　　　　）**

**妊娠（　　　　）**

|  |
| --- |
| **問診欄** |

**＊どちらかに○／あれば具体的に記入してください。**

**１．食べ物や薬でアレルギーや副作用が出たことがありますか？**

**なし　　　あり／**

**２．アレルギーやアトピーの病気になったことがありますか？**

**例：じんましん・喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎**

**なし　　　あり／**

**３．過去に同じような検査をして何か症状がでたことがありますか？**

**なし　　　あり／**

**４．今までにかかった病気や怪我がありますか？**

**なし　　　あり／**

**５．現在治療中の病気、飲んでいる薬がありますか？**

**なし　　　あり／**

|  |
| --- |
| **CT検査を受けられる方へ** |

**①検査前日は、暴飲暴食は避けてください。**

**②検査当日は、午前中の予約の場合朝食抜きで、午後の場合は昼食抜きでおいでください。**

**③結果のフィルムは1週間以内を目安にかかりつけ医にお届けしておきます。**

**④検査結果はかかりつけ医にお聞き下さい。**

**⑤何らかの事情で検査を取り消す場合は、かかりつけ医にご連絡ください。**

**国立病院機構　沼田病院**