

単純CT検査予約票

検査予約日時	年	月	日 ()	午前・午後	時	分
必ず検査予約時間の 30分前まで にご来院ください ※予約時間に遅れた場合は検査を受けられないことがありますのでご注意ください						
当日ご持参いただく物						
保険証	診療情報提供書			予約票		

《検査当日の注意事項》

- 腹部検査の場合、午前の予約では朝食を、午後の予約では昼食を取らないでください。
※水分(お茶・水)は取って頂いて結構です。
- 検査部位によっては検査着に着替えて頂きます。
※なお、具合の悪い患者様を優先して検査をさせて頂く場合がありますので、ご了承ください。

《検査内容》

- ・この検査は放射線を用いて全身の断層像を撮影し、体の構造や臓器の状態を調べる検査です。
- ・放射線を使用するため、妊娠徴候がありましたら主治医まで連絡してください。
- ・撮影台に寝て検査を行います。
- ・正確な位置合わせの為に身体に触れる事があります。
- ・検査は5分～15分程度かかります。(所要時間は検査内容により異なります。)
- ・必要に応じて呼吸(息止め)の指示があります。

《確認事項》

以下に当てはまる方は必ず医師または放射線部スタッフに申し出てください。

- 心臓ペースメーカー
- 植え込み型除細動器
(本体にX線が当たると誤作動を起こす可能性があります。ペースメーカー手帳を必ずご持参ください。)
- 妊娠中または妊娠している可能性がある方 (検査を受けられません。)

《交通アクセス》

〒542-0076 大阪府大阪市中央区難波5丁目1-60 なんばスカイオ 9階

なんばスカイオ1階・3階にあるクリニック専用エレベーターで9階までお越してください。

インターネットで「大阪なんばクリニック」と検索、または下のQRコードから当院ホームページにて詳細をご確認ください。

お問い合わせ：06-6648-8930



診療情報提供書（単純CT用）

医療法人社団 新生会 大阪なんばクリニック 宛

医療機関名	
所在地	
TEL/FAX	
医師名	

貴院での今回の診療について 保険診療

自由診療（※当院での検査費用は**自費**扱いです）

読影 要 不要

（読影が必要な場合には読影料が加算されます）

（読影不要の場合にはCD代のみ加算されます）

検査予約日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分		
(ふりがな) 氏名	様 (男・女)		
生年月日	年 月 日		
住所	〒		
電話番号			
当院受診歴	有 ・ 無	ペースメーカー 植え込み型除細動器	有 ・ 無
現病歴/アレルギー			
傷病名			
簡易な経過			
検査目的			
撮影部位	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎) 関節 (肩 肘 手 股 膝 足) その他 ()	(右 ・ 左)	
備考			

代表TEL 06-6648-8930 / FAX 06-6648-8951

★電話にて予約日時が確定後、本用紙に必要事項を記載の上、当院にFAXをお送りください。原本は患者様にお渡しいただき、検査当日、ご持参くださるようお願いいたします。必要に応じて、写しをお取りください。