ＣＴ検査依頼医療機関様へのお願い

【ご予約について】

1．検査は全て予約制です。電話にてご予約ください。（患者様から直接ご予約の場合は、診療情報提供書を必ず事前に FAX でお送りください。）
2．検査時間などの関係で、原則として**１回の検査は１部位**に限らせていただきます。
3．診療情報提供書は出来るだけ事前に FAX または郵送でお送りください。
4．当センターは、**労災指定医療機関ではない**ため、その旨の検査の際は必ずご予約時にお知らせください。
5．診療情報提供書はもれなくご記入ください。また、ご記入内容等について、当センターからお問い合わせさせていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

【CT 検査について】

1．植え込み型除細動器（ICD）を装着している方は誤作動の恐れがありますので、頸部及び胸部の検査をお断りしております。該当する方は ICD を装着した医療機関での検査をお勧めします。
2．ペースメーカーを装着している方は必ずペースメーカー手帳をお持ちください。
3．**腹部検査**または**造影検査（適宜含む）**をご依頼の際は、受診される方に**検査４時間前からの禁食**（水、お茶はかまいません）をご指示ください。
4．妊娠中または妊娠の可能性がある方は検査をお断りしております。

【造影検査について】

1．当センターでは次に該当する方の造影検査はお断りしております。
　●小学生以下のお子様　●気管支ぜんそく（小児ぜんそく含む）　●一般状態が悪い
　●甲状腺機能亢進症　●過去に造影剤を使用して副作用を生じたことがある
　●腎機能障害（クレアチニン値 2.0mg/dl 以上、または eGFR 30.0ml/min/1.73㎡未満。ただし透析中の方は除きますので、ご予約時にお知らせください。）
2．造影検査をご依頼の際は、**診療情報提供書に３ヶ月以内のクレアチニン値**ならびにアレルギー疾患の有無についてご記入ください。ご記入がない場合は、単純検査になります。
3．**ビグアナイド系糖尿病薬**は、ヨード造影剤と併用することにより乳酸アシドーシスをきたすことがあるため、**検査の前後２日（検査日を含め５日間）は、服薬を中止**してください。
4．別紙「CT 造影検査についての説明書」を受診される方にお渡しいただき、あらかじめ副作用等のリスクについてご説明ください。

【検査結果について】

1．検査結果と画像データ（CD-ROM）を貴院宛てに発送いたします。
2．検査当日、受診される方に結果をお渡しすることも可能です。ご希望の場合は、「当日渡し」の欄に✓印をご記入のうえ、受診される方へは検査終了後、約 1 時間程度お待ちいただく旨をお伝えください。なお、検査内容によっては当日のお渡しができない場合もございます。（11 時 30 分のご予約の場合はお渡しは 14 時になります。）

本様式の最後のページは受診される方への『注意書き』および『案内図』となっております。検査日時をご記入のうえ、受診される方へお渡しください。

公益財団法人世田谷区保健センター
〒156−0043　世田谷区松原 6−37−10

【予約】TEL 03 − 6265 − 7446　　FAX 03 − 6265 − 7419

診療情報提供書　［ＣＴ］

（公財）世田谷区保健センターあて（FAX 03－6265－7419）　2025年7月版

年　月　日 医療機関名 所在地 医師名 電話	フリガナ 患者氏名　様	男・女
	生年月日 T・S・H　年　月　日　歳	
	住所　丁目　番　号 電話　（　）	

検査日時	年　月　日（　）　午前・午後　時　分

番号に○をしてください。

検査部位	１．頭部	２．頸部	３．胸部	４．腹部	５．骨盤部	その他の部位（具体的にお書きください）

造影検査			
	１．不要	★必要なデータがない場合は単純検査となります。	
	２．要 → ３．適宜	クレアチニン値　mg/dl 検査日　年　月　日 ※３ヶ月以内のデータに限ります ※原則２．０mg/dl以上は禁忌です	気管支喘息および小児喘息［無・有※］※有は造影検査できません ビグアナイト系糖尿病薬［無・有］（　） 造影検査日の前後2日間は服薬できません アレルギー疾患［無・有］（　） 感染症［無・有］（　）

妊娠：　無　・　有　→　ＣＴ検査はお受けできません。

心臓ペースメーカー：　無　・　有　※植え込み型除細動器（ICD）装着の方は、頸胸部CTはお受けできません。

臨床診断や検査目的

症状経過及び検査結果

手術歴

［　無　・　有　］（詳しく）

検査結果	結果報告書・画像（CD-ROM）提供方法 いずれかにチェック☑をお願いします	□　郵送　□　当日渡し

公益財団法人　世田谷区保健センター

この用紙は受診される方にお渡しください。

【CT 検査を受診される方へ】

検査日は　　月　　日　受付時間は 午前・午後　　時　　分です。

※ 受付時間に来られない場合は、**事前にご連絡**ください。

※ **検査はおよそ 30 分程度で終了します。**当日の状況により検査が遅れる場合もございます。お時間には余裕をもってお越しください。

CT 検査とは、X 線を利用して身体の内部（断面）を画像化する検査です。

1．この検査は保険診療です。**保険証 / マイナンバーカード**・**医療証（交付されている方のみ）**をご持参ください。

2．検査にかかるご費用は、保険証・医療証の負担割合で お支払いいただきます。

負担割合	単純撮影	造影撮影
1 割	2,500 円程度	～ 3,500 円
2 割	4,500 円程度	～ 6,500 円
3 割	6,500 円程度	～ 9,500 円

＊上記の金額はあくまでも目安です。また、保険適用外の場合はお問い合わせください。

3．**腹部検査**または**造影検査（適宜含む）**を受けられる方は、**受付の 4 時間前から禁食**となります。水・お茶は飲んでもかまいません。心臓病・高血圧等の治療薬につきましては、通常どおり服用してください。

4．造影検査（または造影適宜検査）の方は、主治医より渡されました「CT 造影検査についての説明書」をお読みいただき、必要事項をご記入のうえ検査当日にご持参ください。

5．妊娠中または妊娠の可能性がある方は検査をお断りしております。

6．金属類は検査の妨げになる場合がありますので、ヘアピン・イヤリング・ネックレス・その他金属類ははずしていただきます。

7．検査結果は主治医宛てに発送します。到着をご確認のうえ、ご受診ください。

8．その他、ご不明なことがありましたらお問い合わせください。

公益財団法人世田谷区保健センター
☎ 03－6265－7413

公益財団法人世田谷区保健センター　案内図

〒156-0043　世田谷区松原６−37−10
世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内２・３階
電　話：03−6265−7413
ＦＡＸ：03−6265−7419

○　交通案内

下車駅	電車	小田急線	梅ヶ丘駅　北口	徒歩５分
			豪徳寺駅	徒歩８分
		東急世田谷線	山下駅	徒歩８分
		京王井の頭線	東松原駅	徒歩 14 分
	バス	渋 54　梅 02	松原バス停	徒歩１分
		等 13	梅ヶ丘バス停	徒歩５分

