

2

東北公済病院 地域医療センター

◆CT検査予約受付のご案内◆

ご予約の手順

今、予約日時を決めたい場合は、
Aコースでお申し込みください。

Aコース

ご紹介元の医療機関

「②申込書(兼)診療情報提供書」をご記入の上、
地域医療センターまでFAXください。
事前にお電話いただけますと予約の空き状況をお
知らせいたします。

FAX 022-264-4181
TEL 022-227-2353



地域医療センター

予約日時を調整し、「診療予約票」を15分を目途
にご紹介元へFAX。確認のお電話をします。



ご紹介元の医療機関

「診療予約票」、「②申込書(兼)診療情報提供書」の原本
を患者さんへお渡しください。



患者さん

予約日に東北公済病院を受診ください。

後で、予約日時を決めたい場合は
Bコースでお申し込みください。

Bコース

ご紹介元の医療機関

「②申込書(兼)診療情報提供書」をご記入の上、
地域医療センターまでFAXください。

FAX 022-264-4181

患者さんに「②申込書(兼)診療情報提供書」の原本を
お渡しいただき、以下のことをお伝えください。

紹介日より1週間以内に地域医療センター
に電話で予約をお取りください
地域医療センター **TEL 022-227-2353**
(平日受付/午前8時30分~午後5時15分)



患者さん

1週間以内に地域医療センターへお電話ください。
このとき「Bコースの予約です」とお伝えください。



地域医療センター

予約日時を決定し、「診療予約票」を患者さんへ
FAX又は郵送します。紹介元へも「診療予約票の
控え」をFAXします。



患者さん

予約日に東北公済病院を受診ください。

- ・予約受付時間外のお申し込みについては、原則として翌診療日の対応にさせていただきます。
- ・予約枠に制限があり、ご希望に添えない場合があります。
- ・お電話をいただければ予約の空き状況をお知らせいたします。



国家公務員共済組合連合会

東北公済病院

〒980-0803 仙台市青葉区国分町2-3-11

TEL 022-227-2211 (代表)

地域医療センター

TEL 022-227-2353

受付時間 平日/午前8時30分~午後5時15分
(土曜・日曜・祝日・年末年始を除く)

電話での
お申し込み・
お問い合わせは
右記まで



東北公済病院でCT検査を受けられる方へ

1、1階受付『7番窓口』に、①②③④をご提示ください。

- ①診療予約票
- ②紹介状【CT検査申込書(兼)診療情報提供書】
- ③健康保険証
- ④診察券(当院受診歴のある方)

2、予約時間は検査開始時間です。1時間程度早めにお越しください。

3、予約日に来院出来なくなった場合はご連絡ください。

Tel 022-227-2353 (地域医療センター 直通)



受診上のご注意

■造影のない方…当日の朝食、水分、薬は普通にお取りください。

■造影のある方、当日に決まる方

- 1、食事：当日の朝食は取らずにお越しください。
- 2、水分：水、お茶などの水分は検査の2時間前までにしてください。
- 3、お薬：①心臓、血圧の薬などは普通に服用してください。

②(注意!)ビグアナイド系糖尿病薬(メトグルコ、グリコラン、メディット、ジベスト、メタフト等)を服用している方は乳酸アシドーシスという重篤な副作用が起きることがあります。検査当日及び前後2日、合わせて5日間の休薬が必要です。主治医の先生と相談してください。

□薬を休む日：平成 年 月 日 ~ 月 日 (検査日を挟んで5日間)

③その他の血糖の薬、インスリンは服用・注射せずにお越しいただき、検査終了後、朝食をとってから服用・注射してください。または主治医の先生にご相談ください。

④そのほかの薬は主治医の先生にご相談ください。

■必ずこちらのパンフレットをお読みいただき、不明な点はお問い合わせください。

●検査に使用する造影剤の説明

■造影剤の必要性について

造影剤なしでも検査を行うことはできますが、造影剤を使用することにより病気や病変のより詳しい画像情報を得ることができます。通常静脈注射で行います。

■造影剤の副作用について次のようなものがあります

- ①軽い副作用：嘔気、嘔吐、かゆみ、発疹などで頻度は3%程度。
- ②重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識障害などで、頻度は極めて稀です。
- ③残念ながら、こうした副作用が発生するかもしれないか、また、いつ発生するかを事前に察知することはできません。前回の検査で異常がなくても、今回、副作用が出ることもあります。副作用が万一現れた場合、迅速な処置が必要となりますので気分不良や違和感など有りましたら遠慮せず検査担当者にお伝えください。

■検査にあたって

- ①当日は医師が問診をいたします。当日の体調不良や検査を受けたくない場合は、ご相談ください。
- ②造影剤の注射中に、血管の外に造影剤がもれることがあります。少量の場合特別な処置は必要ありません。多量の場合は処置が必要になる場合があります。また注射部位やその周囲の痛み・しびれが残る場合もありますが、非常に稀です。

■その他の注意

糖尿病のお薬を飲んでいる方は、担当医の指示にしたがって服用を一時中止していただきます。万が一お薬を服用した場合は検査前に担当科窓口までお知らせください。

(ビグアナイド系血糖降下剤服用の方は当日及び前後2日間、合わせて5日間の休薬が必要です。)

◆お問い合わせ等がございましたら、下記までご連絡ください◆

2 CT検査申込書(兼)診療情報提供書

紹介元医療機関控①

平成 年 月 日
 太枠内をご記入の上、上記FAX番号まで送信ください □に✓を付けてください。

予約方法 <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース		紹介元医療機関名 診療科 ご担当医名	
科 医師宛			
予約日時		住所	
平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分		電話番号 ()	
		FAX番号 ()	
受診者	フリガナ	生年月日	西暦・明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	氏名		様 男・女
住所	(〒 -)	職業	
		携帯電話番号 - -	
傷病名		電話番号 ()	
紹介目的		FAX番号 ()	
		当院受診歴 無・有 (科)	

検査の種類 CT検査

■単純と造影検査：単純のみ 単純と造影 *問診時の状況により造影できない場合はご了承ください。

■検査部位：脳 頸部 胸部 腹部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 上腕 前腕 大腿 下腿 膝
インプラントCT(自費)(上顎・下顎・上右・下右・上左・下左) 埋伏歯 その他 ()

■画像データ (CD-Rで提供しております)：郵送 検査当日持ち帰り
 (□CD-Rではなくフィルム希望)

■CT検査時注意項目：心臓ペースメーカー (□有 □無) 植え込み型除細動器・ICD (□有 □無)

■造影剤使用の場合以下の項目の確認が必要です

①造影剤過敏症 (□有 □無) ②アレルギー疾患・喘息 (□有 □無)
 ③妊娠 (□有 □無) ④ビグアナイド系血糖降下剤 (□有 □無)
 *撮影当日及び前後2日間、合わせて5日間の休薬が必要です
 (休薬期間 / ~ /) 患者さんにも必ずお伝えください

⑤腎機能障害 (□有 □無) □Cr () □eGFR () 測定日 年 月 日
 *eGFR45未満の場合は造影せず単純CTとなります。

診療情報提供書としてご利用いただく際は以下の項目の記載をお願いいたします

現病歴及び所見 (既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、現在の処方) □別紙診療情報提供書あり

2 CT検査申込書(兼)診療情報提供書

東北公済病院行②

平成 年 月 日
 太枠内をご記入の上、上記FAX番号まで送信ください □に✓を付けてください。

予約方法 <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース		紹介元医療機関名 診療科 ご担当医名	
科 医師宛			
予約日時		住所	
平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分		電話番号 ()	
		FAX番号 ()	
受診者	フリガナ	生年月日	西暦・明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	氏名		様 男・女
住所	(〒 -)	職業	
		携帯電話番号	- -
傷病名		電話番号	()
紹介目的		FAX番号	()
		当院受診歴	無・有 (科)

検査の種類 CT検査

■単純と造影検査：単純のみ 単純と造影 *問診時の状況により造影できない場合はご了承ください。

■検査部位：脳 頸部 胸部 腹部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 上腕 前腕 大腿 下腿 膝
インプラントCT(自費)(上顎・下顎・上右・下右・上左・下左) 埋伏歯 その他 ()

■画像データ (CD-Rで提供しております)：郵送 検査当日持ち帰り
 (□CD-Rではなくフィルム希望)

■CT検査時注意項目：心臓ペースメーカー (□有 □無) 植え込み型除細動器・ICD (□有 □無)

■造影剤使用の場合以下の項目の確認が必要です

①造影剤過敏症 (□有 □無) ②アレルギー疾患・喘息 (□有 □無)
 ③妊娠 (□有 □無) ④ビグアナイド系血糖降下剤 (□有 □無)
 *撮影当日及び前後2日間、合わせて5日間の休薬が必要です
 (休薬期間 / ~ /) 患者さんにも必ずお伝えください

⑤腎機能障害 (□有 □無) □Cr () □eGFR () 測定日 年 月 日
 *eGFR45未満の場合は造影せず単純CTとなります。

診療情報提供書としてご利用いただく際は以下の項目の記載をお願いいたします

現病歴及び所見 (既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、現在の処方) □別紙診療情報提供書あり
