

大阪母子医療センター  
CT検査予約申込書

平成 年 月 日

[送信先] 大阪母子医療センター  
地域連携（患者支援センター）  
**FAX：0725-56-5605**

【予備】0725-56-7785（回線混雑時等にご使用ください。）

紹介 医療機関	名称	部署・科 ( )				
	TEL	( )	FAX	( )		
	医師名		医師の緊急 連絡先	( )		
患者情報	ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	
	患者氏名				<input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	平成	年	月	日生 ( 歳)	
	TEL	自宅： ( ) 携帯： ( )	FAX	( )		
	センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 受診歴あり ( 年 月頃			科)	
依頼内容	診断名				身長 (cm)	
	既往				体重 (kg)	
	現病歴					
	検査目的					
	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
備考						
検査希望日	第1	平成	年	月	日 ( )曜日	15:00 検査開始
	第2	平成	年	月	日 ( )曜日	
	第3	平成	年	月	日 ( )曜日	

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター	初診予約係（患者支援センター） TEL：0725-56-9890（直通） 0725-56-1220（代表）
--	---

## CT検査説明書

### CT検査について

- CT検査とは、X線を用いて人体の断面画像を撮影する検査です。
- 検査に放射線被ばくを伴いますが、当院では小児に適した条件で撮影するなど、被ばくをできる限り減らす努力を続けております。
- 検査時間は、30分前後です。
- 検査は、ベッドに寝た状態でガントリという輪をくぐるように行います。
- 検査中はやや音がしますが、数十秒で止まります。
- 妊娠中の方・妊娠の可能性がある方は、必ず依頼医にご相談ください。

### 注意事項

- 単純CT検査のみのご予約です。造影検査は行いません。
- 検査日の変更・キャンセルは、早めにご連絡ください。
- 検査日時は、月～金曜日の 午後 3時00分からです。  
検査開始時刻の 30分前に、初診受付（総合受付カウンター⑦番）にお越しください。
- 検査当日、「CT検査同意書」（原本）を必ずご持参ください。
- 検査当日までに、妊娠と診断された方、または可能性のある方は、お知らせください。
- 下記の場合、検査ができない、または途中で中止となる場合がありますので、ご了承ください。
  - ① 検査開始時刻の30分前に来院されなかった場合。
  - ② 同意書をお持ちでない、または、検査に同意していただけない場合。
  - ③ 検査前チェック（妊娠・その他）で、検査不可と判断された場合。
  - ④ 体動、その他の理由で検査続行不可能と判断された場合。

### お問い合わせ

地方独立行政法人 大阪府立病院機構  
大阪母子医療センター

TEL： 0725-56-1220 （代表）

\* 予約変更・キャンセルについて

TEL： 0725-56-9890 （直通）

月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

