

# CT検査予約票

フリガナ 氏名：
検査日時： 年 月 日 ( ) 時 分
検査内容：

\*ご依頼元の医療機関様でご記入ください

1. 検査当日は、**予約時間 30分前**に **1階受付** へお越しください。
2. この**予約票、保険証、診察券** (板倉病院に受診歴のある方) **を受付にお出しください。**
3. 予約日時に来られない場合は、ご連絡ください。 ※TEL：047-401-5178 (放射線科直通)
4. ペースメーカーや除細動器を使用されている方は、ペースメーカー手帳を必ずご持参ください。

## ☆検査当日のお食事やお薬について

腹部の検査、あるいは造影CT検査を受ける方は、検査時間の4時間前より絶飲食してください。  
水と白湯のみ、飲んでいただいて問題ありません。

※常用薬は、いつも通り服用・貼付してください。

※糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。

※腹部以外の単純CT検査の方は、お食事の制限はありません。

## 交通のご案内

### ●お車でお越しの方

- ・当院正面のナビパークをご利用ください。外来患者様には割引があります。  
(ご利用可能台数に限りがあります。満車の場合は、近隣のコインパーキングをご利用ください)
- ・お車を降りられたら「駐車証明書」を発券してお持ちください。
- ・検査後、受付にご提示いただくと割引券が発行されます。

### ●電車でお越しの方

- 京成本線 京成船橋駅より徒歩5分
- JR総武線 船橋駅より徒歩7分
- 東武アーバンパークライン 船橋駅より徒歩7分

### ●所在地・連絡先

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

医療法人弘仁会 板倉病院  
〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1  
TEL：047-401-5178 (放射線科直通)

# 診療情報提供書

(紹介先医療機関) 医療法人弘仁会 板倉病院  
放射線科

(依頼元医療機関)

依頼元医療機関 患者ID		板倉病院 患者ID	
フリガナ			
患者氏名	(男・女)		
生年月日	西暦 T・S・H・R	年 年	月 日生
患者住所	県・都 道・府	市・区 郡	町 村
電話番号	( )		

傷病名 合併症/既往歴			
検査目的			
検査日時	年	月	日( ) 時 分~
撮影指示	単純CT・造影CT・単純MRI・造影MRI・その他( )		
検査部位			
希望出力媒体	CD-R ・ フィルム		
クレアチニン値 (造影のみ記載)	mg/d l ( 年 月に検査実施)		
体内金属の有無	脳動脈クリップ	なし ・ あり	
	ペースメーカー	なし ・ あり	
	その他	なし ・ あり ( )	
備考			