

CT検査のご案内

単純・造影

【ご依頼元医療機関様用】

医療法人 玉心会

鹿嶋ハートクリニック

地域医療連携室

0299-77-8888

お問い合わせ時間 9時00分～16時00分

1. 検査のお申込み方法について

- 検査は事前予約制ですが、予約状況によって当日予約も可能です。
「検査依頼書兼情報提供書」に必要事項を記入の上、
当院地域医療連携室までFAX送付をお願い致します。

地域医療連携室

FAX：0299-77-8615

受付時間：9時30分～16時00分

(日・祝日・夏季休診日・年末年始を除く)

- 予約の取得が完了致しましたら、当院より必要書類をFAX送付致しますので、
必要事項を記入の上、当院地域医療連携室までFAXにて送付をお願い致します。
「予約票」および「検査説明書」を患者様へお渡し頂き、検査当日にご持参頂くようお願い下さい。

2. 造影剤使用について

- 「CT造影検査（造影剤使用）に関する説明」による患者説明
および「CT造影検査（造影剤使用）に関する同意書」へご記入をお願い致します。
- 3ヶ月以内に検査された、
「血清クレアチニン値」および糸球体濾過量「eGFR」の結果をご記入下さい。
eGFRの結果が45未満の場合、造影剤腎症の発症リスクがある為、
検査をお断りさせて頂く場合がございます。予めご了承下さい。
- 副作用につきましては、検査時点での体調やアレルギーの有無等に注意しながら、
安全に検査が行われるよう努めておりますが、
検査中または検査後に合併症が生じた場合は、当院にて速やかに適切な処置を行います。
- 下記に該当する方は造影検査をお断りさせて頂いております。
 - ・造影剤で過敏症の既往歴のある方
 - ・喘息の方
 - ・重篤な腎障害のある方
 - ・重篤な肝障害のある方
 - ・全身状態が極めて悪い方
 - ・妊婦
 - ・授乳婦

3. 検査当日の流れ

- ①ご予約時間までに当院外来受付へお越し下さい。
- ②当院外来受付へ「予約票」のご提出をお願い致します。
- ③受付番号札をお渡し致しますので、お受取り下さい。
- ④検査室へご案内致しますので、検査室前でお待ち下さい。
※事前の診察が必要と判断された場合には、診察へご案内させていただきます。
- ⑤検査をお受け頂きます。
- ⑥検査終了後、検査結果をお渡し致しますので、外来受付近くにてお待ち下さい。
※造影剤使用の方は、副作用等の観察の為、院内にて30分間待機して頂きます。
- ⑦検査結果をお受取りになりましたら、ご帰宅となります。
※患者様からの当院への検査費のお支払いは御座いません。

4. 食事について

- 検査説明書の通りご依頼元医療機関様より患者様へご説明をお願い致します。
造影剤使用の場合や消化器系の検査につきましては、
検査予約時間の3時間前より食事を摂らないで下さい。
水分につきましては、水はお摂り頂いても構いませんが、
お茶・コーヒー・牛乳等の乳製品は摂らないで下さい。

5. 内服中のお薬について

- 常用薬の内服可否につきましては、ご依頼元医療機関様よりご説明をお願い致します。
尚、造影剤使用の場合、ビグアイド系経口薬(血糖降下剤)を服用している方は、
造影剤との併用により急性腎不全から乳酸アシドーシスを起こす可能性がある為、
造影剤投与前後の48時間は休薬して頂きます。

6. 料金のお支払いについて

■ 当院より患者様への請求は致しません。

当院より検査内容を記載した明細書をご依頼元医療機関様へ郵送致しますので、明細書を元にご依頼元医療機関様より患者様へのご請求(保険請求)をお願い致します。当院への検査料のご入金につきましては、請求書を月末締めで送付致しますので、翌月末日までに下記振込先へお振込みをお願い致します。

【銀行名】 常陽銀行 神栖支店

【口座番号】 普通 1642242

【口座名義】 医療法人 玉心会 鹿嶋ハートクリニック 理事長 大城 恬瑩

7. キャンセルについて

■ 止むを得ず、検査日時の変更やキャンセルを要する場合は、必ず検査予約前日の16時00分までにご依頼元医療機関様より当院地域医療連携室までご連絡をお願い致します。但し、前日が日曜・祝日その他休診日の場合は、その前日の16時00分までにご連絡をお願い致します。