

CT 内臓脂肪測定健診 申し込み書

必要事項を記載して地域連携室へお持ち下さい

患者番号 :

フリガナ
患者氏名 :

生年月日 : 年 月 日 男 ・ 女

身長 : . cm

体重 : . kg

より良い検査うけていただくために、下記の事項をお読み下さい

この検査は、患者さまのおへその位置での断面を撮影し脂肪の面積を測定します
そのため、下記のような方は検査をすることができません

1. おへそ周りに体内金属が入っている方（腰椎インプラントなど）
2. 過去1ヶ月以内にバリウム検査（胃透視・注腸）を受けられた方
3. 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方

検査に関する質問等ございましたら、ご遠慮なくお尋ね下さい

玉造病院 地域連携室 0852-62-1591

☐ ① 外来患者さま： 必要事項を記載して地域連携室へお持ち下さい

☐ ② 地域連携室： CT 室へ TEL 予約

検査日時： 年 月 日 時 分 ～

☐ ③ 放射線室： CT 内臓脂肪測定健診 施行

☐ ④ 医事課： 自費検査 ： 2,700 円（税込）