

# CT内臓脂肪測定検診 申込書

ご希望者さま：①～⑤を記入して地域医療連携室へお持ち下さい

フリガナ  
① 氏 名： 性 別： 男・女

② 生年月日： 年 月 日

③ 身 長： c m

④ 体 重： k g

⑤ 登録番号： (診察券の番号)

より良い検査を受けていただくために、下記の事項をお読みください

この検査は、被検者さまのおへその位置での断面を撮影して脂肪面積を測定します。  
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.おへその位置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・注腸検査）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

検査に関するご質問等がございましたら、ご遠慮なくお尋ねください

**JCHO玉造病院 地域医療連携室 0852-62-1591**

地域医療連携室：CT室へ電話予約

検査日時： 年 月 日 時 分～

放射線室：CT内臓脂肪測定検診 施行

医 事 課：自費検査 2700円（税込）