

CT内臓脂肪測定検診 申込書

①～⑤を記入して健康管理センターへお持ち下さい

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、下記をお読みください

この検査は、おへその位置をCT撮影して脂肪面積を測定します
そのため以下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 健康管理センター 0852-62-1560(代)

※ この検査は、CTを利用して行うため少なからず放射線被ばくを伴います。CT検査はその必要性が放射線被ばくによる健康への影響を上回ると判断した場合にのみ行われます。この検査は、通常の腹部CTに比べて撮影範囲も少なく健康に影響を及ぼすほどの放射線量は使用しておりません。この内容について、ご承諾いただいた上でお申込み下さい。

健康管理センター：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）