

CT 検査予約票

検査日時	20	年	月	日	午前・午後	時	分
患者氏名							
紹介元医療機関							
検査部位							
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹骨盤 <input type="checkbox"/> 胸腹骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎/四肢 <input type="checkbox"/> 冠動脈造影 <input type="checkbox"/> （他）							
<input type="checkbox"/> 単純検査 <input type="checkbox"/> 造影検査							

★準備や着替えがあるので、検査には余裕を持って御来院ください。

当日は下記持参品をお持ちになり御来院ください。

- 持参品 CT 検査予約票（この用紙）
健康保険証またはマイナンバーカード
診察券（当院にかかった事のある方）
造影剤使用・説明と同意書（造影検査のある方）

《検査前：注意事項》

- ① 造影検査の方、腹部・骨盤部検査の方は検査の3時間前から食事は取らないでください。
- ② 水分は水・白湯はお飲み頂いて構いません。（糖分の入っている飲料水は取らないでください。）
- ③ 服用中の薬は医師の指示がない限り普段通り服用してください。
- ④ 検査時に取り外して頂くので、貴金属品等はなるべく身につけてこないようお願いします。
- ⑤ 緊急の患者様対応のため、予約時間より遅れる場合があります。
- ⑥ 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方は検査を受けられません。予約時にお申し出ください。
- ⑦ 適正な撮像条件や造影剤量の決定のため身長・体重をお聞きすることがあります。

《造影検査後：注意事項》

- ① 造影剤は尿と一緒に排泄されるので検査直後から水分を多めにお取りください。
- ② ビグアナイト系糖尿病薬を内服している方は検査後48時間（2日）の休薬が必要です。
- ③ ごく稀に時間が経ってから副作用が出る方がいます。何かあれば直ぐにご連絡ください。

★ご都合により検査が受けられなくなった場合には必ず下記の電話番号までご連絡ください。

★その他、検査についてご心配やご不明な点があればご連絡ください。

・医療法人社団昌美会 上尾ハートクリニック
・埼玉県上尾市春日 1-4-22
・TEL：048-871-7348

