

CT 検査予約票

氏名： _____ 様

検査部位： _____

依頼医療機関名

予約日時： 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

**予約時刻の 30 分前までに、糸魚川総合病院 総合受付で受付を済ませ、
放射線科までお越しください。**

- **禁食指示** ☐なし ☐あり ・検査当日の（ 朝食 ・ 昼食 ）は取らないでください
・予約時刻の 2 時間前までに 150mL 程度の飲水は可能です。
・常用しているお薬がある方は、下記休薬指示に該当していなければ服用してください
- **造影** ☐なし ☐あり （検査前に点滴を行うことがあります）
- **休薬指示** ☐なし ☐あり
薬剤名 _____ を _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで服用しないでください。
- **体重** _____ kg

お持ちいただくもの

本票、診察券、保険証、（お持ちの方のみ）医療費受給者証、ペースメーカー手帳

必ずお読みください

- 検査時間は約 15～30 分です。ご予約のある方を優先的に行いますが、急患対応で予約時間に検査が開始できないことがありますので予めご了承ください。
- 画像に悪影響をおよぼすために、以下の物は外していただくことがあります。

**金属製のボタン・ベルト・ファスナー・ブラジャー（ワイヤーやホックのあるもの）・ヘアピン
腕時計・金属製のアクセサリー類・入れ歯・補聴器・めがね・かつら・マスク・
カイロ・コルセット・ポケットの中の小銭、家や車の鍵、カードなど**

- 心臓ペースメーカーや植込み型除細動器（ICD）、インスリンポンプの患者さまにつきましては検査を受けられない場合がございますので事前にお知らせください。
- バリウムを用い、胃や食道、大腸などの検査を受けた方は少なくとも 1 週間は腹部の CT 検査ができません。該当される方はご依頼医療機関または糸魚川総合病院放射線科にご相談ください。
- 妊娠中の方はお知らせください。
- 当日都合の悪い方は必ず前もって、ご依頼医療機関および糸魚川総合病院放射線科までご連絡ください。

 **新潟県厚生連 糸魚川総合病院**

025-552-0280(代表)