

# CT 予約確認票

ご紹介元 医療機関名	
氏名	ふりがな
生年月日 / 性別	大・昭・平・令 年 月 日 (男・女)
検査部位 検査予約日	年 月 日 (曜日) : から
食事止めの有無	なし ・ 朝食絶食 ・ 昼食絶食

※腹部・骨盤部に該当する部位は、食止めが必要となります。

※「CT 検査を受けられる方へ」を紹介元医療機関よりご説明お願いいたします。

## 【CT検査とは】

☆ CT検査とは、レントゲンを用いて目的とする部位の詳しい撮影を行います。

☆ 撮影時間は、検査内容により異なりますが、約 10 分～1 時間程度となります。

## 【注意事項】

安全な検査を受けて頂くため、あらかじめ下記内容をよくお読みください。

当日は、検査 30 分前までに下記をご持参の上、総合受付 ①紹介窓口へお越しください。

\* 診療情報提供書                      \* 保険証                      \* 診察券（お持ちの方のみ）                      \* 予約確認票  
\* ペースメーカー手帳、ICD 手帳（該当の方）

当日は、検査入室時に確認のため、氏名・生年月日 を名乗って頂く場合がございます。

検査室の状況により、順番が前後する場合がございます。

高血圧、心臓のお薬を飲んでいる方は、必ず飲んでからご来院ください。

撮影部位に金属類（金属付きの下着のボタン・ヘアピン・イヤリング・ネックレス・カイロ・湿布等）を装着されている場合は、事前に外しておいてください。

妊娠 及び その可能性のある方は、必ず事前に申し出てください。

腸管に水分を蓄えるために、検査室でお茶を飲んで頂く場合があります。

検査当日に、何かご不明なことがありましたら、放射線科受付にお声がけください。

## 【検査予約のキャンセル・変更について】

検査予約のキャンセルや変更の連絡は、紹介元の医療機関へお願いいたします。

〒347-0101 埼玉県加須市上高柳 1680 番地

埼玉県済生会加須病院 放射線科

TEL : 0480-53-5851

FAX : 0480-53-5871