

放射線検査予約票（患者様用）

____様は CT（部位：_____）の検査です。

検査日は 平成_____年_____月_____日（_____）時_____分

検査開始の15分前に紹介受付にお越し下さい。
保険証、当院の診察券をお持ちの方は持参してください。

この検査は、X線を利用して体内情報を超精細に画像化する検査です。
検査姿勢は基本的に仰向けで、両手を頭の上にあげて頂くことをお願いする場合があります。痛みや不安のある方は、担当技師にご相談ください。検査時間は10～15分程度です。

注意事項

- ※ ヘアピン・イヤリングなど金属小物は、あらかじめお外してください。
- ※ 検査部位にかかる下着の留め具（金属・プラスチック類）は、体から外していただきます。（検査着に着替えをお願いする場合があります。）
- ※ 腹部単純CT検査は、検査当日の食事はお控えて頂く場合があります。（お水摂取可）その他、腹部以外の単純CT検査では、お食事の制限はありません。ご不明な点は、主治医にお尋ねください。
- ※ お薬について・・・医師の指示がない限り、通常通り服用してください。
- ※ CT検査では、造影剤を使用した検査は行いません。
- ※ 画像結果はCD-ROMとして一週間前後に依頼された医療機関に送付させていただきます。
- ※ 検査費用と別途郵送費用として200円をお願いいたします。

～お問い合わせ～

医療法人 順正会 横浜鶴ヶ峰病院

〒241-0011 神奈川県横浜市旭区川島町 1764

検査予約受付 TEL 070-6575-8620

FAX 045-371-2676

（平日 9：00～12：00、13：00～17：00、土曜日 9：00～12：00）