

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分前に新館1階 初診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～

| | | | | | | |
|--------|-----------------|-----|-------|------|-------|------|
| 医療機関名 | 医療法人順正会 横浜鶴ヶ峰病院 | | | | | |
| 検査予約受付 | TEL | 070 | — | 6575 | — | 8620 |
| | FAX | 045 | — | 371 | — | 2676 |
| 予約受付時間 | 平日 | 午前 | 9:00 | ～ | 12:00 | |
| | | 午後 | 13:00 | ～ | 17:00 | |
| | 土曜日 | 午前 | 9:00 | ～ | 12:00 | |