

CT 検査予約票（患者様用）

_____様は CT（部位：_____）の検査です。

検査日は 令和_____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

- ※ ヘアーピン・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	0 7 0 - 6 5 7 5 - 8 6 2 0			
	FAX	0 4 5 - 3 7 1 - 2 6 7 6			
予約受付時間	平日	午前	9 : 0 0	～	1 2 : 0 0
		午後	1 3 : 0 0	～	1 7 : 0 0
	土曜日	午前	9 : 0 0	～	1 2 : 0 0