

CT検査を受けられる患者様へ

氏名()様 生年月日(年 月 日)生 年齢()歳 性別(男性・女性)


予約時間厳守でお願いします。当日来院されましたら予約票を受付にお出してください。
予約時間に遅れますと検査できない場合がありますのでご注意ください。
検査を受ける前に下記の説明文をよく読んでおいて下さい。

- CT検査は、X線を使って体の断面の画像を撮影します。
- 検査時間は10分～30分程かかります。
- 次に該当する方は必ず主治医または担当技師に申し出て下さい。
 - ・妊娠中、あるいは妊娠の可能性のある方。
 - ・心臓ペースメーカー植え込みされている方。
 - ・造影剤を使用する方で、糖尿病薬を服用されている方。
 - ・造影剤を使用する方で、アレルギーのある方。

あなたの検査は【 年 月 日 () 時 分】です

- 食事制限はありません。
- 食事制限があります。(朝食 ・ 昼食) は抜いてください。
お茶やお水は、飲んでいただいても結構です。
- 造影剤を使用します。別紙ご参照ください。
- 膀胱内に尿をためていただきます。
予約時間の1～2時間前から検査終了まで排尿しないでください。

- 検査に遅れる場合や中止される場合は、必ずご連絡ください。
- その他疑問点、不明点等ご質問ございましたらご連絡ください。

 医療法人 有光会 サトウ病院

〒536-0023

大阪市城東区東中浜1-2-23(東中浜バス停前)

TEL (06) 6961-3191(代)

FAX (06) 6961-0183