

C T 検査予約票

同意書

	依頼医師	検査日			
		令和	年	月	日 ()
	撮影技師	午前 午後	時		分
		CT () 部			単純
					造影

C T 検査を受けられる方へ

- ① 検査予約日は上記のとおりです。予定時間の15分前までには必ずおこし下さい。
(尚、多少予約時間より遅くなる場合もありますので、あらかじめご了承下さい。)
- ② 来院された際は受診された診療科に診察券をお出し下さい。
- ③ この予約票を放射線科の窓口へお出し下さい。
- ④ 造影検査を受けられる方は、検査前に点滴をさせていただきますのでご了承下さい。
- ⑤ 来院できない場合、あるいは予約変更の際は必ずご連絡下さい。

済生会有田病院 放射線科 TEL (0737) 63-5561

食事制限について次の指示を守って下さい。

<input type="checkbox"/> 食事制限なし		
<input type="checkbox"/> 食事制限あり	C T 検査当日	食は、とらないで下さい。
	月 日 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・水やお茶、スポーツドリンクに限り飲んで頂いても結構です。 ・但し、同日に胃カメラやエコー検査がある方は、その食事制限に合わせて下さい。

注 意 事 項

<次に該当する方は、検査をすることが出来ない場合がありますので必ず申し出て下さい。>

- ・妊娠または、妊娠の可能性がある方。
- ・ペースメーカーを使用している方。
- ・過去に造影剤を使用した検査を受けたことがあり、その際に気分が悪くなった方。
- ・アレルギー（薬剤過敏症の方や、じんま疹の出やすい方）がある方。

