

CT検査予約票

検査予約のご連絡は
平日 8:30~19:00 にお願ひします。

氏名 _____ (生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日)

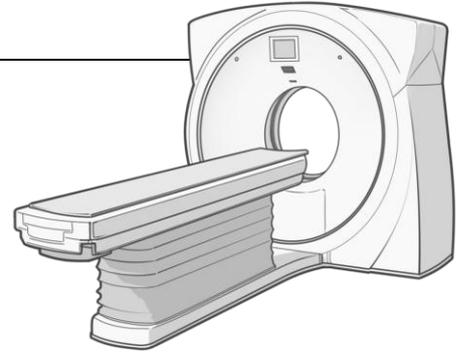
検査日 年 月 日 (曜日)
検査時間 午前・午後 時 分 **【15分前までにお越し下さい】**

紹介元医療機関名 _____

【予約の患者様へ】

予約票 紹介状

上記を総合受付に提出して下さい。



【食事制限について】

- 腹部単純検査 検査4時間前から絶食 (飲水は水・お茶のみ可能)
- 腹部以外の単純検査 食事・飲水制限なし
- 造影検査 検査4時間前から絶食 (飲水は水・お茶のみ可能)

※造影検査の前後を通して水分をしっかり摂取して下さい

【造影検査 糖尿病薬の服用について】

- ・ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている場合、検査が出来ません。
- ・検査当日と前後2日の合計5日間の休薬が必要です。

糖尿病薬名: _____

休薬日: 月 日 ~ 月 日の5日間

【注意事項】

- ・検査部位の金属類は外しておいて下さい。
- ・造影検査を受けられる方は、来院されてから問診票、同意書をご記入頂きます。

【お願い】

- ・予約時間を過ぎても来院されない場合、検査を中止する場合がございます。
- ・予約時間に遅れそうな場合、下記までご連絡下さい。
- ・予約日時の変更を希望される方は、平日の8:30~19:00に下記までご連絡下さい。

連絡先 市立野洲病院 画像診断課
(代表) 077-587-1332
2020年7月改訂