

CT検査予約票

検査当日この予約票を持参し検査 20 分前までに総合受付におこしてください。

氏 名 (カタカナ)

様

生年月日 年 月 日 (男・女)

《特記事項》

説明者サイン

CT検査予約日時： 年 月 日 () :

1. 検査当日は次のチェック項目を守ってください。

☐ CT検査を受けられる方へ(造影剤なし)
食事・飲み物の制限はありません。

☐ 造影剤を用いるCT検査を受けられる方へ
○食事(朝食・昼食)を抜いてください。
○検査1時間前までに水分をコップ1~2杯
お飲みください。
○内服薬〈 〉は、
(お飲みください・飲まないでください)

2. 下記の注意事項をよく読み守ってください。

- ◆頭部の検査を受けられる方 : 前夜は洗髪をし、汚れをおとしてください。検査前にクシ・ヘアピン・ピアスなどは取り外してください。
- ◆腹部・胸部の検査を受けられる方 : 検査着に着替えていただきますが、なるべくボタンや金属のついていない下着を着用してください。
- ◆妊娠(可能性も含めて)されている方 : 検査前に必ずお申し出ください。
- ◆検査当日体調や都合の悪い方 : 検査を依頼したクリニック(担当医)にご相談ください。検査を中止する場合は、併せて下記までご連絡をお願いします。

市立湖西病院 地域・利用者支援センター 電話053(576)1240

*お電話は 平日 8:15~17:00 をお願いします。

【CT 検査説明動画】
スマートフォンやタブレットで
ご覧頂けます。



フル版(8分程度)



ダイジェスト版(3分程度)