CT 検査案内票

氏名：
生年月日：　　年　　月　　日
性別：

CT 検査を受けられる患者様へ

CT 検査は身体に X 線を照射し、得られた情報をコンピューター処理することにより、
身体の断面を撮影するものです。

◆検査当日は外来・文書受付（時間外は、夜間救急受付）へ紹介状等の書類をお出し下さい。

◆検査の進行状況により、検査開始時間が前後することがあります。

[注意事項]

1，**食事制限を行う場合があります。**（おもに造影剤使用もしくは腹部検査の場合）
予約した際の指示にしたがってください。
※多少の水分摂取（水・お茶）はしても構いません。

2，**造影剤を使用して検査を行う場合は、ヨード過敏症の既往（造影剤を使用して嘔吐・嘔気、蕁麻疹、血圧低下など）がある方はお申し出下さい。**

3，**撮影部位に含まれる金属製の物は基本的に取り外していただきます。**
【例】頭部：ピアス・イヤリング、入れ歯、ヘアピン
胸腹部：ベルト、ホック、チャックのついた衣類

◆検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答え下さい。

・心臓ペースメーカー、及び植込型除細動器（ICD）を使用していますか	＜ はい　・　いいえ ＞
・血糖測定器リブレを装着していますか	＜ はい　・　いいえ ＞
・女性の方にお聞きします 現在妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか	＜ はい　・　いいえ ＞

その他、不明な点、心配な点がありましたら担当の医師・技師・看護師にお尋ね下さい

※事情により予約日を変更あるいは取り消しされる場合は、お早めに連絡下さい。

連絡先：029-872-1771（代表）　0120-57-1771(フリーダイヤル)
社会医療法人　　若竹会　　つくばセントラル病院