

# CT 検査予約票

お名前 .....様.. あなたの検査日時は

平成 年 月 日( 曜日) 午前・午後 時 分からです。

検査当日は、開始時刻の 20 分前までに 1 階受付までお越しください。

## CT 検査を受けられる方へのご注意

検査部位が、腹部の場合及び造影検査の場合は検査前 4 時間の絶食でお願いします。常用薬は内服していただいても結構です。(但し、糖尿病の方は主治医の先生にご相談ください) お茶やお水の制限はありません。

### ★造影検査を受けられる場合のご注意★

造影剤という血管を明瞭にするための薬を使用しますので、検査前に医師または看護師から造影剤の使用の適否についての問診があります。また、このお薬の副作用でまれに、かゆみ・じんましんなどが出る場合があります。その際にはそれに応じて必要と判断した処置を適宜実施いたしますのでご安心ください。

検査は、概ね 15 分～30 分かかりますのでご承知おきください。

ご不明な点は、院長・看護師・担当技師にご遠慮なく、お尋ねください。

## 当日、ご持参いただくもの

- ①検査予約票 (本状)    ②紹介状 (お持ちの方のみ)    ③保険証・医療受給者証  
④診察券 (受診暦のある方)    ⑤造影検査同意書 (造影検査時のみ)

### 【依頼医の先生にお願いします】

★お手数ですが、CT 依頼書の必要事項を漏れなくご記入をお願いします。

また、造影検査の場合は必ず腎機能検査 (血清 BUN・Cr 値) のデータをご記入と造影検査同意書にサインをお願いします。

患者様には、検査 4 時間前からの絶食の指導をお願いいたします。



〒663-8201 兵庫県西宮市田代町 11-3  
松本脳神経外科クリニック  
TEL 0798-69-1451  
FAX 0798-67-6888

### ★阪急電車神戸線★

西宮北口駅 東改札から東出口へ出てください。  
但馬銀行とワインバーさんの筋に入って徒歩4分