

単純CT検査 予約票

【患者さま用】

氏名 _____ 様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査項目	単純CT検査 撮影部位 (_____)
検査日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 午後 _____ 時 _____ 分から

* 予約時間の10分前にこの用紙を再診窓口に出してください。

【注意事項】

検査部位	注意事項
頭部 頸部	水分、食事制限はありません。
胸部	水分、食事制限はありません。
上腹部 骨盤部	<ul style="list-style-type: none">・ 検査の4時間前までに食事を済ませてください。・ その後、検査が終了するまでは食べないでください。・ 水分は、水またはお茶のみ可能です。・ 主治医より別途指示がある場合があります。

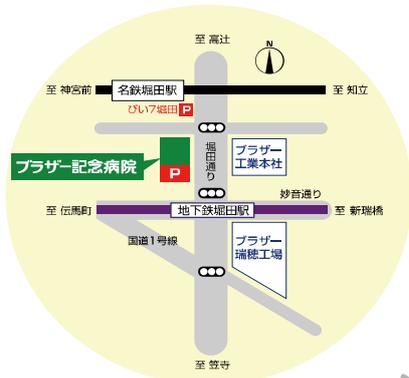
※ 次に該当する方はお申し出ください

- 1週間以内にバリウム検査(胃・大腸)を受けられた方
- ペースメーカーなどの埋め込み型医療機器をされている方
- 妊娠中または妊娠の可能性がある方

○ 検査当日は、検査部位のヘアピン・エレキバン・ネックレスなどの貴金属類を外してお越し下さい。

○ 都合により、予約日・予約時間に来院できない場合は前もって連絡してください。

【ブラザー記念病院 TEL : 052-824-2875】



 **ブラザー記念病院**