

## CT 検査 予約票

(患者様用)

氏名	様		
----	---	--	--

検査日	時刻	時	分頃
-----	----	---	----

あなたが受けられる検査は

頭頸部
胸腹部
その他

CT検査です。

造影剤は使用

します。
しません。

### 〈検査前の注意〉

1. 当日は、検査の20分前までに来院して、放射線受付にカードと予約表を出して下さい。
2. 検査の都合によって検査時間を変更することがあります。
3. 検査所要時間は30分程度です。
4. 妊娠している方または可能性のある方は、申し出て下さい。
5. ペースメーカーを装着されている方は、申し出てください。

### 〈薬について〉

主治医の指示に従って下さい。

### 〈服装について〉

- ・ 検査当日は脱ぎやすい服装でおいでください。
- ・ 髪油・ポマード等はずけないで下さい。
- ・ 検査前には、ヘアピン・櫛・ネックレス等はすべてはずして下さい。

#### 〔連絡先〕

山口県美祢市大嶺町東分1313-1

美祢市立病院

TEL (0837) 52-1700

(放射線科へ)