

CT 検査を受けられる _____ 様

(_____ 科) 外来・入院 (_____ 病棟) 主治医:

貴方の CT 検査予約日は

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)
_____ 時 _____ 分 です。

検査部位は(頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤
四肢 その他(_____))
です。

- ・ **外来の患者様** は検査時間の 30 分前までに、受付をお済ませ下さい。その後、15 分前までに放射線科受付にお越しください。
- ・ 予約の変更は、14:00~16:00 の間に医事課に、ご連絡ください。
- ・ **入院の患者様** は CT 室から病棟へご連絡致します。病棟でお待ちください。

検査注意事項

- ・ 妊娠中または妊娠の可能性のある方は主治医とご相談ください。
- ・ 心臓ペースメーカーをされている方は機種により誤作動を引き起こす可能性がありますのでご確認ください。
- ・ 検査当日体調が思わしくない時は、無理せずお知らせ下さい。

造影剤使用前後の注意事項

- 造影 CT の方は、検査が **午前中の場合には 朝食を**
検査が 午後の場合には 昼食を 摂らないでください。
- ・ お茶・紅茶・スポーツドリンクなどの飲水制限はありません。脱水になると副作用の発生率が上がります。検査の前から少し多めに水分をとるようにしてください。
 - ・ 造影検査後は、腎不全などの飲食制限が必要な方をのぞき、検査直後より 1~2 日は水分を多めに摂るように心がけてください。
 - ・ 糖尿病の薬は、種類によって中止が必要です。
 - ・ その他の内服薬は、通常通り服用されてください。
 - ・ わからないことは、主治医に御相談ください。