

## CT検査を受けられる方へ

患者ID : \_\_\_\_\_ 患者氏名 : \_\_\_\_\_ 様

検査部位 : \_\_\_\_\_

検査予定日 : \_\_\_\_\_

- ① 食事は、
  - A. いつも通りで結構です。
  - B. 朝食を抜いて下さい。
  - C. 朝食は軽く、昼食を抜いて下さい。
- ② 検査の30分前までに御来院下さい。  
検査予定時間に遅れますと順番が後回しになったり、場合によっては検査を受けられないことがあります。  
  
※予定時間に遅れる場合、中止される場合、変更したい場合などは、ご連絡下さい。
- ③ ペースメーカー、除細動器を植え込まれている方は、申し出て下さい。
- ④ 妊娠もしくは、その可能性がある方は、検査前に申し出て下さい。
- ⑤ 外来患者様の場合、来院時にこの用紙を受付に提出して下さい。
- ⑥ 入院患者様の場合、病棟看護師がお呼びするまで病室でお待ち下さい。