

CT・MRI検査ご予約票

検査予約日時	年	月	日 (午前・午後)	時	分
--------	---	---	-----------	---	---

貴院医療機関名	診療科	担当医師氏名
TEL () - -		

ふりがな		性別	男 ・ 女	
患者氏名		TEL	() - -	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
患者住所	〒	-		

※検査ご予約の30分前までに保険証持参の上、受付窓口にお越し下さい。

検査当日のお食事やお薬 (どちらかにチェックをつけてください)

食事の制限はありません。水やお茶、お薬はいつも通り飲んでください。

食事は検査予約の3時間前までに食べてください。

水やお茶はいつも通り飲んでいただいてもかまいません。お薬はいつも通り飲んでください。

※ただし、糖尿病の薬については飲まないでください。

☆撮影の部位によって、検査着に着替えていただく場合がありますので、その際にご案内します。

☆シップや装飾品、金属つきの下着を身に着けている場合、はずしていただく場合があります。

☆妊娠している方、もしくは妊娠している可能性のある方は、事前にお知らせ下さい。

・妊娠中は緊急時以外、検査はできません。

☆造影検査で授乳中の方は、造影剤投与後48時間 (少なくとも24時間) は授乳しないで下さい。

・造影剤の乳汁への移行があり、乳児への影響に配慮が必要です。

・授乳をしない時期に合わせて、搾乳を済ませて頂くか、ミルクでの代用をお願いします。

☆検査に不明な点がありましたら、お気軽にお尋ね下さい。

☆MRI検査を行う方は注意事項をお読み下さい。

※緊急の検査が入った場合、予約時間から遅れることがありますのでご了承下さい。



医療法人社団松柏会 至誠堂総合病院

地域医療連携室 TEL・FAX (023)-622-7551

※都合によりキャンセル・日程変更される場合は、お早めにご連絡をお願いします。