

C T 検査予約票

お名前： _____ 様

あなたの検査予約日時は

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 午前・午後 ____ 時 ____ 分頃です。

※検査20分前に来院し、受付を済ませておいてください。

予定検査内容	頭 部 ・ 胸 部 ・ 腹 部 ・ その他 ()
	頸 椎 ・ 胸 椎 ・ 腰 椎 ・ 仙尾骨
	四 肢 R・L (部位：)

●受診時は、総合受付にお声がけください。

【検査に関する留意事項】

- 心臓ペースメーカーや除細動器装着の方は検査が出来ないことがあります。必ず申し出てください。
- 撮影部位の金属類は検査の妨げになりますので、事前に取り外してください。検査着を用意しています。
検査部位の衣服：ブラジャー・ボタン・ホック・チャック など
検査部位に身に着けているもの：ネックレス・ピアス・時計・指輪 など
身体または衣服など：湿布・エレキバン・カイロ・お守り など
- 妊娠中もしくはその可能性のある方は必ず申し出てください。
- 検査の都合上、予約された時間が多少前後する場合があります。
- 予約日または予約時間に検査を受けられなくなった場合には、ご連絡ください。
- その他ご不明な点がありましたら、担当技師にお尋ねください。

【その他の留意事項】

- 検査時の持ち物：マイナンバーカードもしくは保険証（本人確認のため）
- 検査結果（CD-R）は、検査当日、患者様にお渡ししますので、主治医へお渡しください。
- その他ご不明な点がありましたら、担当技師にお尋ねください。