

C T 検 査

氏名 _____

(頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢)

検査日時

年 月 日 (曜日) 時 分 予定

- ※ 主治医から依頼のあったあなたの検査の予約日時は、上記のとおりです。
検査は予約制になっていますので、都合の悪い場合は必ず下記の連絡先へご連絡ください。
- ※ 検査当日は、2階あったかサポートセンターにて予約確認を行い、この用紙をもって3階放射線診断科受付にお越しください。

◇ 食事について

【腹部（骨盤・膀胱を含む）検査の方】

- ・ 午前に検査の方 : 朝食を食べないで来て下さい。
- ・ 午後の検査の方 : 昼食を食べないで来て下さい。
- 水分（水・お茶）は摂取しても構いません。

【腹部検査以外の方】

- ・ 食事の制限はありません。

【膀胱C Tを受けられる方】

- ・ 検査前1時間は、排尿しないでください。

◇ 検査時間は 5分～15分 です。（内容、部位によって多少異なります）

検査は、待ち時間を短くするために予約時間に合わせて行っていますので、少し余裕をもってお越しください。前の検査が遅れたり、緊急の患者さんがはいることがあり、予定より少し遅れる事がありますのでご了承ください。

なお、より良い診断のため造影剤を使用する場合があります。

金属のついた下着などは、検査前に更衣室にて所定の検査着に着替えていただきます。

◇ 検査料は、3割負担の方で約5000円～2万円程度となります。

◇ 介助の必要な方、お子様は付き添い同伴でおいでください。

◇ CT 検査による放射線被ばくは、1～20ミリシーベルト程度です。

その他何か不明な点がありましたら、お問い合わせください。

連絡先 日本生命病院 放射線診断科

TEL 06-6443-3446

[月曜～金曜 8:30～17:00]