

単純CT検査予約票

お名前 _____

ID _____

検査名： 単純 CT 検査

検査予約日時： _____ 月 _____ 日 (_____ : _____)

再来受付機で受付を済ませ、予約時刻の 15 分前までに C 棟 1 階放射線センターへお越し下さい。

緊急検査などにより検査時間が前後する場合や検査室が変更になる場合があります。

検査時間は 5-15 分です。

検査予約医師：

下記に該当する方は事前に主治医や看護師に申し出て下さい。

- ・妊娠している（かもしれない）。
- ・心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器(ICD)等を使用している。
※検査当日はペースメーカー手帳、ICD 手帳を持参して下さい。
- ・インスリンポンプ、または持続グルコース測定器を装着している方。

検査当日の注意

■ 食事・飲水：

- ☐ 食事や飲水の制限はありません。
- ☐ 食事：検査の **3 時間前** から終了までは何も食べないで下さい。
飲水：検査の **3 時間前** から終了までは 牛乳入り飲料・乳酸菌飲料は飲まないで 下さい。
水、お茶、ジュース（カルピス系以外）、ブラック加糖コーヒーは飲んでかまいません。

■ くすり：

- ☐ いつも通りに内服して下さい。
- ☐ そのほか(_____)。

放射線被ばくについて ～ CT 検査では放射線被ばくを伴います

CT 検査における被ばく線量は一般的に 1～20 ミリシーベルト程度であり、発がんのリスクが増加と言われる 100 ミリシーベルトよりも低い値です。そのため、CT 検査により何らかの障害や影響が発生する可能性は低いです。

当院の医師は検査のメリットが被ばくによるリスクを上回ると判断した場合にのみ検査を計画・実施しています。また、放射線センターでは、関連学会のガイドラインなどを参考に適正な管理を行い、検査における被ばく線量が必要最低限となるよう最適化を図っています。放射線被ばくに関する疑問や心配がある場合には、主治医や放射線センターのスタッフにご相談下さい。

※急用による検査のキャンセルなど

当院にかかりつけの患者さんへ

お手元の予約票に記載の診療科外来へ診療時間内にご連絡下さい。

医療連携支援センターで予約をとられた患者さんへ

ご予約のキャンセルは下記までご連絡下さい。

連絡先 医療連携支援センター 電話：0476-99-1810（直通）、0476-99-1111（代表）
（平日：午前 8 時 30 分～午後 6 時 00 分・土曜：午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分）
※日曜・祝祭日、年末年始（12 月 30 日～1 月 4 日）、創立記念日を除く。