

MRI・CT 検査予約票

『検査を受けられる方へのご注意』

検査当日は、予約時間の30分前までに保険証と依頼書を「武田病院総合受付」にて受付をお済ませください。

| | | | | | | |
|------|----|---|---|--------|---|---|
| 予約日時 | 平成 | 年 | 月 | 日(曜日) | 時 | 分 |
|------|----|---|---|--------|---|---|

<患者様情報>

| | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----------|
| ふりがな | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 性別 | 男 女 |
| 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 平成 | 年 | 月 日 (歳) |

* 良い検査を行なうために以下の注意事項をお願い致します。

<検査前のお願い>

- ・ 造影検査において「MR」「CT」検査の一部は4時間前からの絶食をお願いします。常用薬は内服していただいて結構です。(但し、糖尿病の方は主治医の先生にご相談ください。)
- ・ 水や茶など、飲水の制限はありません。検査当日は十分量の水分を摂ってください。(但し、飲水量に制限がある方は主治医の先生にご相談ください。)
- ・ 造影検査前にはスタッフより、ご記入いただいた依頼書をもとに問診を行ないます。造影剤およびその他の薬物によるアレルギーや気管支ぜんそくをお持ちの方は造影検査を施行できない場合もありますのでご了承ください。

また、造影剤を用いる検査には患者様の同意が必要です。検査室前にお渡しする説明書をお読みいただいた後、同意書へのご署名をお願い致します。

| 撮影部位 | | CT | | MR | |
|------|--------------|----|---------|----|-------------|
| | | 食事 | 排尿 | 食事 | 排尿 |
| 単純 | 腹部 | × | ○ | × | ○ |
| | 骨盤部 | ○ | ×(2時間前) | ○ | ○ |
| | その他(頭部、胸部など) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 造影 | 腹部 | × | ○ | × | ○ |
| | 骨盤部 | × | ×(2時間前) | ○ | ×膀胱検査(2時間前) |
| | その他(頭部、胸部など) | × | ○ | ○ | ○ |

<検査に関するお問い合わせ>

* 武田病院検査予約センター(放射線科)

TEL 075-351-1132(直)/FAX 075-361-1268

検査予約は 365 日 24 時間受け付けています。