

CT・RI検査予約表

検査日 年 月 日 時 分	患者氏名	
	紹介元医療機関	
CT検査 <input type="checkbox"/> 単純検査 造影検査 (<input type="checkbox"/> 動脈相 <input type="checkbox"/> 静脈相 <input type="checkbox"/> 3DCT) 部位(<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 冠動脈造影CT ※当該検査にチェックをいれて下さい。		
RI検査 <input type="checkbox"/> 2核種 <input type="checkbox"/> 運動負荷心筋シンチ <input type="checkbox"/> 薬物負荷心筋シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 骨シンチ ※当該検査にチェックをいれて下さい。		

- ・ 検査当日は、予約時間内に下記持参品をお持ちになって、ご来院下さい。

- 持参品**
- 紹介状（紹介元医療機関様からの診療情報提供書）
 - CT・RI検査予約表（この用紙です）
 - 保険証
 - 診察券（当院にかかったことのある方）
 - 同意書（造影剤使用の場合）
 - 薬[セロケン]（冠動脈造影CT検査をうける方）

〈注意事項〉

- 1) 午前中に検査がある方は朝食を、午後に検査がある方は昼食を摂らないで下さい。
- 2) 服用中の薬は、医師の指示がない限り普段どおり服用して下さい。
糖尿病の薬は飲まないで下さい。
- 3) 検査時には以下の物は外して頂くので、なるべく着けてこないようにして下さい。
ネックレス・ヘアピン・エレキバン・湿布・カイロ 等
- 4) 緊急の患者様の対応等のため、予約時間より実際の検査開始が遅れる場合があります。
- 5) 妊娠している方（またはその可能性がある方、及び授乳中の方）、アレルギー、不整脈が有る方は検査が受けられない場合がありますので、検査予約時に申し出て下さい。

※薬物負荷心筋シンチ検査（アデノスキャン心筋シンチ検査）を受けられる方へ

- ・ 検査前12時間はカフェインをとらないで下さい。
(コーヒー・紅茶・日本茶・コーラ・チョコレート・風邪薬)
- ・ 検査当日の朝から喫煙をしないで下さい。
- ・ 他の病院でお薬をいただいている場合は、お薬手帳か、処方内容のわかる書類を検査前までに必ず持参して下さい。内服内容によっては検査ができない場合があります。

★ご都合により検査を受けられなくなった場合には必ず前日の17:00までに
下記の電話番号までご連絡ください。

★その他、検査についてご不明な点がございましたらご連絡して下さい。

医療法人 道心会 埼玉東部循環器病院

越谷市大沢3187-1
048-960-7100
放射線科 (内線 170)