

CT検査

患者様ご氏名 _____ 様

予約検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査時刻 _____ 時 _____ 分 紹介施設名 _____

【当日持参していただくもの】

- ◎紹介状等（放射線科宛。他科受診の場合、宛先併記） ◎健康保険証
- ◎造影剤問診票

（検査費用は保険診療3割負担の場合、単純検査で約7,000円、造影検査は約12,000円となります。お支払いは現金、クレジット、デビットカードがご利用いただけます）

【脳・胸部単純CT】

- *当日の食事制限はありません。

【造影CT】及び【腹部単純CT】

- *検査3時間前の食事は避けてください。
水、お茶などをご自由にお取りいただいて結構です。
炭酸、糖分のある物（ジュース類）、乳製品、アルコール類はご遠慮ください。
- *説明の際、水分摂取を勧めてください。
『絶飲食』と説明しないようにお願いします。

- *当日は総合病院受付に紹介状をお出し頂き、南館2階放射線科受付に予約された時間に遅れないようにお越しくください。
- *尚、検査時間は多少前後することがありますのであらかじめご了承ください。
- *都合により予約日に来院できない場合には早めに下記連絡先までご連絡下さい。

- *その他不明な点は下記へご連絡下さい。

松波総合病院 放射線科 CT室
〒501-6062 岐阜県羽島郡笠松町田代185-1
Tel 058-388-0111 (代表) Fax 058-387-8232 内線 2229