

CT検査予約票

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分
患者氏名 _____ 様

予約時刻の30分前までに1階総合受付までお越しください。

お持ちになるもの

- 健康保険証 ・ 主治医より預かった書類 ・ お薬手帳 ・ ペースメーカー手帳 等

お食事制限

- 検査部位が腹部の場合や、造影検査またはその可能性のある場合は検査前4時間絶食してください。
- 水・お茶については、とくに制限はありません。

お薬について

- 医師の指示がない限り通常どおり飲んでください。

造影剤について

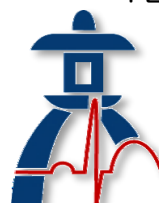
- 喘息、腎機能が低下している方、過去に造影剤アレルギーがあった方、甲状腺機能亢進症の方は造影検査を受けられません。
- 検査後、まれに薬の副作用でじんましん・吐き気などの症状が出る場合があります。また極めてまれに血圧低下などの強い症状が出る場合があります。その際には副作用に応じて処置を実施します。
- ビグアイド系糖尿病薬を飲んでいる方は造影後48時間休薬していただく必要があります。主治医の指示に従ってください。

ご都合が悪くなった場合や質問等がございましたらお気軽に下記までご連絡ください。



お問い合わせ先

心臓血管センター金沢循環器病院
〒920-0007
石川県金沢市田中町は16
TEL 076-253-8088
(放射線部直通)



心(ハート)に届けたい想いがある

2019.11