

CT 検査予約票

検査日時					
	年	月	日 (曜日) 午前・午後	時	分
検査開始の 30分前 に西陣病院本館1F受付までお越しいただき、予約票をご提示ください 検査は予約制ですので、予約日時にお越しになれない場合は事前にご連絡ください (電話 075-465-6116)					
患者情報					
フリガナ:					
氏名:					様
性別:	男・女				
生年月日:	年	月	日生	(才)	
持参品					
	・ 検査予約票 (本紙) ・ 健康保険証 ・ 主治医より預かった書類、フィルム、CD-R				
食事制限					
検査部位が <u>上腹部</u> ・ <u>下腹部</u> の場合や、 <u>造影剤使用</u> の検査の場合は検査前 <u>4時間絶食</u> してください 水分 (水・お茶) については、とくに制限はありません					
造影剤について					
<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>喘息</u>、<u>腎機能が低下している方</u>、<u>過去に造影剤アレルギーがあった方</u>、<u>甲状腺機能亢進症の方</u>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必要と判断した処置を実施します ・ まれに造影剤が血管の外に漏れてしまうことがあります。腫れたり痛みがあつたりしますが、たいていは自然に吸収されます。漏れた量が非常に多い場合は適切に処置します 					
その他					
・ ビグアナイド系糖尿病薬を服用中に造影検査をすると副作用 (乳酸アシドーシス) を発症する危険性があるので、造影前 48 時間～造影後 48 時間はビグアナイド薬を服薬しないでください					



〒602-8319 京都市上京区五辻通六軒町西入溝前町 1035

社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院
画像診断センター

電話：075-465-6116

FAX：075-465-7349

最寄りのバス停 (市バス)

上七軒 203・10・50・55 系統

乾隆校前 206・6・46・59 系統

2 枚目：患者様持参用