

CT 検査を受けられる方へ

____様 生年月日 ____年 ____月 ____日 ____才

検査予約日時 ____月 ____日 ____時 ____分～

____部位の CT 検査予定です。

予約の確認を致しますので、⑧ 患者サポートセンター へおいで下さい。受付後、⑰ 放射線科 へご案内致します。

〈CT 検査とは〉

体に X 線を照射し、連続した輪切りの画像を映し出すことで、体の内部構造を調べる検査です。

〈注意事項〉

1. 水分制限はありません。水やお茶などの摂取は可能です。
2. 食事制限について
 - a. 単純 CT の場合、原則として食事制限はありません。
 - b. 造影 CT の場合、検査前 3 時間以上の絶食が必要です。

*ただし単純 CT、造影 CT とともに胆嚢や胃を評価する際は、午前中の検査の場合は朝食、午後検査の場合は昼食を食べずに来てください。なお、この場合も水分制限はありません。
3. **ビグアナイド系の糖尿病薬**を服用中の方は、お薬の制限が必要な場合があります。
主治医にご確認ください。
(____月 ____日から ____月 ____日まで休薬してください)
4. 撮影部位により、金属類を事前に外していただきます。
頭部：ヘアピン、眼鏡、補聴器、かつらなど
顔・頸部：眼鏡、補聴器、アクセサリー、入れ歯、エレキバンなど
胸部・腹部：アクセサリー、エレキバン、湿布などの貼り薬、カイロ、コルセット、
金属の付いた下着や衣類など
5. 以下の方は検査ができない可能性があるため、必ず事前に申し出てください。
妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
取り外しのできない金属（ペースメーカーや人工関節など）が体内に入っている方

〈患者様へのお願い〉

検査準備の都合上、**検査開始時刻 15 分前まで**においでください。

また、急患対応が優先的になるため、予約時間を過ぎる可能性もありますのでご了承ください。

*ご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせください

JA 新潟厚生連 上越総合病院 電話番号 025-524-3000(代表)

予約に関するお問い合わせ・・・患者サポートセンター

検査に関するお問い合わせ・・・放射線科