

氏名 _____ 様

生年月日 (M・T・S・H)
年 月 日

冠動脈（心臓）CT 検査予約票

《 造影 》

《検査日時》 平成 年 月 日 (曜日)
午後 時 分

※検査にあたり、次のことにご注意ください。

【食事の制限・薬の内服について】

- 朝食は食べないでください。
- 昼食は食べないでください。
(ただし、2時間前(_____ 時 _____ 分)まで、水・お茶のみお摂りいただいても結構です。)
- 食事制限はありません。

【その他の注意】

- 心臓病・高血圧・てんかん・不安を和らげる薬などを常用している方は主治医の指示通り、内服してください。
※糖尿病で治療を受けている方は検査当日の薬服用・注射について主治医の確認が必要になります。
- 抜歯時の局所麻酔で気分が悪くなった方やアレルギーのある方は、あらかじめお知らせください。
- 妊婦または妊娠されている可能性がある方は、あらかじめお知らせください。

【検査当日について】

- CTの装置で造影剤を使い心臓の血管を調べる検査です。検査時間は約15～20分程です。
- 検査当日の朝（起床時）検査用の薬を忘れずに服用してください。
 テノーミン (有 ・ 無)
脈の速さを調節する薬です、飲み忘れた場合は至急ご連絡ください。

【検査当日の受付方法について】

- 当日は、**検査時間の約15分前**に、初診受付にこの予約票を提出してください。
- 予約した日時に急用等でご来院いただけない場合は、お早めに『柏市立柏病院 地域医療支援センター』までご連絡ください。
- 不明な点がございましたら、『柏市立柏病院 地域医療支援センター』までお問い合わせください。
- 検査の都合で、開始時間が若干遅れることがございますので、あらかじめご了承ください。

柏市立柏病院
《地域医療支援センター》
電話番号 04(7134)1503
FAX番号 04(7134)1504
代表番号 04(7134)2000
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>