

共同利用

年 月 日

検査予約票

ID番号： —
氏名： 様
検査種： CT検査
検査予定日： 年 月 日（ ）
来院時間： 時 分 **1階 新患受付**
検査時間： 時 分

【注意事項】（よくお読みください。）

- ・ **来院時間までに、この用紙と保険証を持って、1階 新患受付にお越しください。**
（当院の診察券をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。）
「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。
- ・ **食事制限や飲み物の制限はありません。**
- ・ 妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方は検査ができません。

【安全に検査を行うために、以下のことをお守りください】

- ・ かかりつけの先生から「**付き添いが必要**」と指示された方は、**ご家族の付き添いをお願い**します。

《放射線の影響について》

- ・ 受けた放射線の量が100ミリシーベルト未満であれば、放射線検査を受けた人も受けなかった人も、発がん率や遺伝的な影響の差はないと言われています。
- ・ どの部位のCT検査でも、100ミリシーベルトを超える検査はありません。
- ・ 当院では、放射線の量に関する法律やガイドライン等に則り、できるだけ少ない放射線の量でCT検査が行えるように、装置の管理や撮影条件の設定を行っております。

【その他】

- ※ **ペースメーカー手帳**をお持ちの方は、当日検査担当者にご提示ください。
- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約7,000円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し、**検査予約日の前日午前中までに、地域医療連携室までご連絡ください。**