

# CT 検査を受けられる方へ

様

あなたの

検査予約日時は 月 日 時 分 (開始予定)

検査部位は ( 単純 ・ 造影 )

必要な前処置は なし ・ あり 禁食 朝 ・ 昼

※休薬指示 薬剤名 休薬期間 月 日から 月 日まで

※具体的な指示はかかりつけ医にお聞きください

- **予約時間の30分前迄に患者サポートセンター窓口へお越しください**  
(予約時間を過ぎますと検査ができなくなる場合がございます)


## 当日お持ちいただくもの

**本状 医療情報提供書 健康保険証 医療受給者証 (お持ちの方)**

(造影の方のみ) **造影剤使用についての問診票 造影剤使用同意書**

**お薬手帳 (お持ちの方)**

- 当日都合の悪い方は必ず前もって下記の連絡先にご連絡ください
- 検査に要する時間は概ね15分から30分程度です
- 救急患者の対応を優先することがあります。この場合予約時間に検査ができないことがあります。ご了承ください
- 精密機器を使用しておりますので予期せぬトラブルが発生した際には予約日時を変更させていただきます。ご了承ください

 新潟厚生連 小千谷総合病院

**患者サポートセンター**

直通 0258-81-1616

診療時間外連絡先 0258-81-1600 (代)