

C T 検査予約表

年 月 日

台東区立台東病院 地域連携相談室

TEL 03-3876-1007

FAX 03-3876-1485

検査日 月 日() 時 分

紹介元医療機関名

所在地

医師名

TEL - -

FAX - -

フリガナ		台東区立台東病院 受診歴(有・無・不詳)
患者氏名	男 女	M・T S・H 年 月 日生(歳)
住 所		TEL

検 査 日

年 月 日

時 分

患者様へのお知らせ

1. 予約時間の**20分前**までに、台東区立台東病院 1階受付までお越しください。保険証や診療情報提供書をお持ちの方は受付にお出してください。
2. 検査の都合により遅れが生じる場合がありますのでご了承ください。
3. ご都合により来院できなくなった場合(予約変更等)は、早急に当院の**地域連携相談室(TEL:03-3876-1007)**までご連絡ください。
4. 腹部検査または造影検査を受ける方は検査前の食事をとらないでください。水分摂取(お水、お茶)は特に制限はありません。
5. 検査にかかる時間は約15分です。(造影検査のある方は約30分です。)
6. 腎機能検査が不足している方は検査等をさせていただくことがあります。
7. 造影検査を受ける方でピグアナイド系糖尿病薬(例:メトグルコ錠、メホルミン塩酸塩錠、エクメット配合錠、イニシンク配合錠など)を服用されている方は検査の前後の内服を控えていただいておりますので、事前に医師に申し出てください。
8. 妊娠または妊娠の疑いのある方は、医師に申し出てください。