

◆重要◆検査の前に必ずお読みください。

発行日： 年 月 日

◆造影CT 検査予約票◆

診察券番号： _____

氏名： _____ 様

【検査当日に持参するもの】

- ・紹介状
- ・検査予約票（この用紙）
- ・健康保険証
- ・お薬手帳

【検査の注意事項】

- ☐ペースメーカー・除細動器挿入中の方は、
検査当日に手帳をお持ちください。

＝検査当日＝

- ☐検査前の食事
- ・検査が午前であれば朝食は食べないでください。
 - ・検査が午後であれば昼食は食べないでください。
- ☐水は検査直前まで飲んでかまいません。
- ☐血圧、心臓、喘息、痛み止めの薬を飲んでいる方は、
当日の朝6時まで薬を飲んでください。
- ☐腎機能の採血がある方は、採血検査結果が出るまで
お待たせすることがあります。ご了承ください。
- ☐糖尿病の内服薬や注射薬は、検査が午前であれば朝
の分、午後であれば昼の分は使用しないでください。
- ☐右欄の糖尿病薬（ビグアナイド系）を飲んでいる場
合は、検査当日から3日間の休薬をお願いします。
- ☐当日の問診（アレルギーや既往症等）や腎機能検査
の結果によっては、副作用の危険などから、造影検
査ができない場合があります。ご了承ください。

【病院到着後の流れ】

1. 来院時は初診受付で受付してください。
2. 受付後に、各診療科で問診を行います。受付番号でお呼びしますので待合室でお待ちください。
* 当日、腎機能採血検査がある場合は、問診の前に採血室で採血があります。
3. 問診後、1階画像診断受付（緑色の窓口）前の検査受付機で受付し、更衣室で検査着に着替えていただきます。
4. 更衣後は、検査室前でお待ちください。受付番号でお呼びします。
5. 検査実施後は、お会計をしていただき終了です。

【その他】

1. 検査結果は、がんセンターからかかりつけ医に発送しますのでかかりつけ医から説明されます。結果が届いているかかかりつけ医に電話で確認してから受診し結果説明を受けてください。
2. 当日は検査状況などにより、予約時間より遅れることがありますのでご了承ください。時間に余裕をもってお越しください。
3. 「予約変更やキャンセル」「ご不明な点」がありましたら、紹介元医療機関より下記にご連絡ください。

栃木県立がんセンター 地域連携チーム 028-611-5503
月曜日～金曜日 午前9時～午後4時

検査部位： _____

検査日： _____ 月 _____ 日

検査時刻： _____ 時 _____ 分

当日採血が あります・ありません

来院時間： _____ 時 _____ 分

初診受付にお越しください。

* 受付時に問診票記載などの時間がかかりますので、検査時刻の45分・90分程度前にご来院をお願いいたします。

* X線をを使って、体の断面を撮影する検査です。必要に応じて、造影剤（ヨード造影剤）を使用します。その際は、事前に点滴をして準備します。

糖尿病薬を内服している方

ビグアナイド系
糖尿病薬一覧

・右欄の糖尿病薬を飲んでい
る方は、検査当日から3日間
の休薬をお願いします。
(例：月曜日が検査日の場合、
月曜日・火曜日・水曜日休薬)

・糖尿病薬について別に指示
がある場合は、その指示の通
りにしてください。

・イニシンク
・エクメット
・グリコラン
・ジベトス
・ブホルミン
・メタクト
・メトアナ
・メトグルコ
・メトホルミン