

関西メディカル病院 CT検査のながれ

① 検査依頼票をご記載いただきFAXまたは下記にお電話ください。
 (造影検査ご希望の場合はチェックリストをご確認ください)

FAX番号： 06-6836-1196

電話番号： 06-6836-1195 (地域医療連携室直通)

※妊娠中の方は原則お断りしております。

② 予約受付完了後、折り返し当院より予約票を送信いたします。

③ 患者様に予約票をお渡しください。

④ 患者様は当日、予約票等をご持参のうえ、ご来院ください。
 当院の医師が依頼内容確認の問診の上、検査させていただきます。

検査終了後、CD-Rは患者様へ、読影所見については後日郵送しております。

造影検査前のチェックリスト

検査日から3か月以内の血液検査データをご準備ください。

- ◆ ヨード過敏症（造影剤アレルギー）ではありませんか？
- ◆ 重篤な甲状腺疾患はありませんか？
- ◆ 透析中の方または腎機能が悪いということはありませんか？
- ◆ 気管支ぜんそく既往はありませんか？
- ◆ 糖尿病服用中の薬剤がある場合、検査前後 休薬していただくことがあります。

詳しくは服用中薬剤の添付文書をご確認ください。

- ・ ビグアノイド系糖尿病用薬剤
- ◆ 下記の薬剤服用中のかたは、添付文書をご確認ください。
 - ・ アミノグリコシド系薬
 - ・ 非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）
 - ・ インターロイキン2製剤
 - ・ β 受容体遮断薬

造影CTご依頼であっても、当院の判断で単純CTに変更することがあります

受付時間 《月・火・水・金》 8:30～19:30 《木》 8:30～17:00
 《土曜日》 8:30～12:30 《日・祝日》 受付業務なし

※FAXは24時間対応ですが、時間外受付は翌診療日対応となります。