

天理よろづ相談所病院  
320 列 CT による心臓 CT 検査予約票

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 男・女

明・大・昭・平 年 月 日生

(予約日) 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

(来院時間) \_\_\_\_\_ 午前 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

※検査実施前に外来診療棟で診察があります。

ご来院について

- 外来診療棟総合受付には指定の時間にお越しください。
- 造影検査承諾書・問診表にご記入の上ご持参ください。
- 指定時間に遅れられた場合は、お待ちいただくこととなりますので予めご了承ください。
- 診察→検査→結果説明には1日を要しますので予めご了承ください。

検査の注意事項

- ◇ 次に該当する方は事前にご連絡ください。
  - 過去に造影剤を使用した検査で気分が悪くなったことがある。
  - アレルギーがある。
  - 妊娠しているまたは可能性がある。
- ◇ 検査当日
  - 朝食は食べないでください。
  - 水分（水・お茶）はお取りいただいて結構です。
  - 医師の指示がない限り服用中のお薬はお飲みください。
  - 診察時に服用中のお薬がある場合はお知らせください。

ご予約・お問い合わせ

天理よろづ相談所病院 地域医療連携室 平日：午前9時から午後4時  
土曜：午前9時から午後0時  
電話 0743-63-5611 内線 8786 FAX 0743-63-6837