

CT 検査のご案内（検査予約票）

患者氏名： _____ 様

検査日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

※検査予定時間の20分前までに芝西医院へ。

依頼元医療機関より連絡：（いずれか☑してください）

- 検査当日は、検査のみで支払はありません。CD-ROM をもらって来てください。
- 検査当日は、診察+検査で支払いがあります。結果は郵送していただきます。

～検査日の注意点～

1. お持物

本状、CT 検査依頼書（診療情報提供書）、保険証、診察券（当院受診歴があれば）、各種公費医療証。問診票（ホームページからダウンロード可）は記載してお持ちいただければ待ち時間の短縮になります。

2. お食事

食事、服薬などの制限は特にございません。
（1週間以内にバリウム検査を行った場合、腹部撮影は出来ません）

3. 服装

検査前に検査着に着替えていただく場合や、アクセサリー類、入れ歯等、金属が付属している場合は外していただくことがあります。

4. 女性の方へ

妊娠中、または妊娠の可能性のある方は原則検査を行うことが出来ません。
担当者へ必ずお伝え下さい。

5. 小児の検査について

本人の抵抗が強く検査を行うことが出来ない場合がございます。予めご了承ください。

6. 検査費用と検査結果

診察・診断がある場合、費用は2,000円程度（医療保険負担割合1割のかた）です。
紹介元医療機関にデータ（CD-ROM）と検査レポートを郵送いたします。結果の発送には2-3日お時間を頂いています。（到着までに5日程度）

検査のみで診断がないの場合は当院での請求はございません。当日、患者様にデータ（CD-ROM）をお渡しします。



芝西医院

川口市芝西 2-30-6

☎ 048-424-2898

<http://koukeikai-medical.or.jp/>



芝陸橋いちよう通り