CT検査　ご案内用紙

氏　　名　　様

検 査 日　　年　　月　　日（　　）

予約時間　　時　　分　※予約時間の30分前にお越しください。

ご来院が遅れた場合は、検査時間を変更させていただくか、検査日のご変更をお願いすることがございます。
また、当日の検査の進行状況により、開始時間が遅れる場合がございます。あらかじめご了承ください。

検査種別　□①単純検査（腹部以外）　□②単純検査（腹部）　□③造影検査

②・③⇒絶食開始時間　　時　　分

絶食中は水のみでお過ごしください。

ＣＴ検査はＸ線を用いて人体の目的部位の断面像を撮影して診断を行う検査です。検査時間は１０～２０分です。

検査当日の持ち物

- **紹介状（診療情報提供書）**
- **マイナンバーカードまたは保険資格確認書**
- **検査費用　【目安（３割負担）　単純撮影：6,500円前後　単純＋造影検査：12,000円前後】**
- **お薬手帳（造影検査の方のみ）**
- **直近３ヶ月以内の血液検査（CreまたはeGFR）の結果（造影検査の方のみ）**
  ※有効なデータがない場合は、当日、指先から採血を行い、専用の機器で測定いたします。

下記に該当する場合は事前にご連絡ください

- 心臓ペースメーカーを装着している方
- 妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方
- 植え込み型除細動器を装着している方

＜造影検査の方のみ＞　**下記項目に該当する方は、造影剤を使用できない場合がございます。**

- 気管支喘息と言われたことのある方
- 今までに造影剤による副作用を起こしたことのある方
- 重度のアレルギーがある方
- 腎臓の機能低下がある方（eGFR30未満の方）
- 重症筋無力症、褐色細胞腫、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニーと言われたことのある方

検査前の注意事項

- 撮影範囲に金属がなければ、私服のまま検査を受けていただけます。
  更衣が必要な場合は、検査着にお着替えいただきます。
- 検査当日は、糖尿病のお薬を除き、通常どおり服用していただけます。
  持続血糖測定器を装着されている場合は、検査直前に外していただきます。

糖尿病で内服治療中の方　※造影検査の方のみ

※糖尿病治療でビグアナイド系薬剤を服用されている場合は、検査前後２日間の休薬が必要です。
検査３日前までにお電話またはFAXで必ずご連絡ください。

甲状腺機能亢進症（バセドウ病）がある方　※造影検査の方のみ

※造影剤を使用した場合、甲状腺機能亢進症の症状が悪化するおそれがあります。
通院中の方、またはコントロール不良の方は、甲状腺の主治医に検査の可否をご確認ください。

ご来院に遅れる場合、キャンセルされる場合は事前にご連絡ください。　**0120-69-1714**

医療法人 名古屋放射線診断財団
東名古屋画像診断クリニック
〒466-0815　名古屋市昭和区山手通2丁目7-7
TEL 052-746-0764　FAX 052-746-0860

予約受付時間　月～金　8:30～19:00　土　8:30～18:00

2026. 9