

CT・MRI・骨密度検査 案内票 放射線科（患者様用）

患者様氏名	様	施設名：
		主治医名：

あなたの検査内容は	CT	・	MRI	・	骨密度	検査です
-----------	----	---	-----	---	-----	------

あなたの検査日時は	年	月	日	AM・PM	時	分
-----------	---	---	---	-------	---	---

患者様へ

- ① 検査予定時間 15 分前に、**1 階総合受付**までお越しください。
- ② 飲食について

飲食制限：あり なし

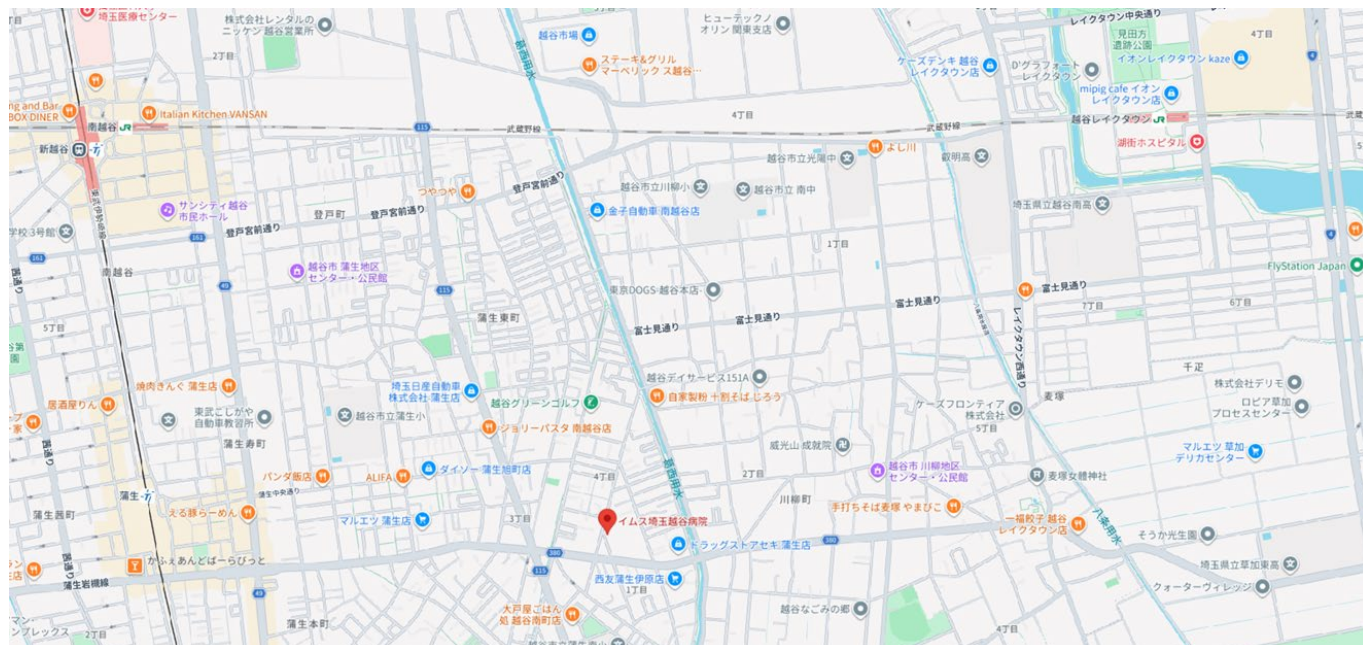
（腹部検査の場合、検査の精度を上げるため食事制限がかかる場合があります）

※ 時 分 以降の食事は禁止になります。

※ 水分（お茶等）は通常通りお取りください。

- ③ 体内機械および金属、装着治療機器などには検査禁忌の製品が存在します。
ペースメーカー手帳等、医療施設から渡されている手帳・カードなどがありましたら持参してください。

【病院までのアクセス】



- ・マイナ保険証または資格確認書、各種医療保険受給者証（お持ちの方）、診察券（お持ちの方）
- ・ご不明な点がございましたら、イムス埼玉越谷病院 放射線科までご連絡下さい。
- ・検査日の変更をご希望の場合は、検査をご依頼いただいた医療機関へご相談ください。
検査のご依頼・変更には主治医の承諾が必要となります。

イムス埼玉越谷病院
048-971-5087（放射線科直通）