

様

---

**検査予約日：令和      年      月      日（      ）      時      分**

---

## ◆注意事項

脳・神経等の電気刺激装置（SCS、DBS、VNS等）を装着されている方は、検査が受けられません。  
また、除細動器（ICD、CRT-D）を装着されている方や検査予約後に植込み手術等された方は、検査が受けられない場合がございます。

その他、持続血糖測定器、インスリンポンプを使用されている方は、検査時に外していただきます。  
ご不明な点がございましたら、下記あてにご連絡ください。

## ◆当日のご案内

## 1 ご来院時間・受付場所

(1) 受付手続きのため、予約時間の30分前に1階の\*初診または再診受付までお越しください。

※当院の診察券をお持ちでない方：初診受付

当院の診察券をお持ちの方：再診受付

(2) 受付手続きが終わりましたら、地下1階の画像診断受付までお越しください。

## 2 持ち物

- (1) C T検査のご案内（この用紙）
- (2) C T検査依頼書兼紹介状（診療情報提供書）
- (3) マイナ保険証（又は資格確認書）、医療証など
- (4) 診察券（診療カード） ※当院の診察券をお持ちの方のみ

## 3 検査時間

- (1) 検査時間は10分程度です。
- (2) 検査終了後、検査結果を記録したCD-Rをお持ち帰りいただくため、**30分～1時間程度**お待ちいただきます。

※救急検査と重なった場合は、予約時間より遅れる場合がありますのでご了承ください。

また、検査当日、使用する機器等のトラブルにより、まれに検査ができないことがあります。

このような場合は、検査日を変更させていただきますのでご了承ください。

## 4 費用

保険3割負担の場合で約7,000円です。

## ◆検査のご案内

## 1 食事について

(1) 腹部を検査される方は、検査予約時刻の前3時間は食事をとらないでください。

ただし、水やお茶など水分はとっていただいて結構です。

(2) 腹部以外の検査では、通常どおり、お食事をとっていただいて大丈夫です。

## 2 お薬の内服については、そのお薬を処方した医師にご相談ください。

3 検査依頼医師から、資料（X線写真、CD-R等）を預かっている場合は、忘れずにお持ちください。  
資料は、検査終了後にお返しします。

4 予約日のキャンセル・変更等の場合は、可能な限り早めに受診されている医療機関にご連絡ください。

【問合せ】横浜市立脳卒中・神経脊椎センター地域連携総合相談室  
電話 045-753-2500（代表）

令和8年4月改訂