

# 頰部 CT を受けられる方への説明書

患者氏名 \_\_\_\_\_ (かな)

生年月日 T, S, H, R 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 歳

検査予定日 令和 年 月 日 \_\_\_\_\_ 時から

説明医 \_\_\_\_\_

この検査はあなたの病気の診断および治療方針の決定に必要な検査です。みなとメディカルセンターでは適正に点検・管理された CT 装置を使用しており、想定される被ばく線量による影響は、ゼロではありませんが、有害事象が発生する確率はとても低く、問題にならない程度です。

- 外来の方は一階で受付（1 番）を済ませて、予定時間の 10 分前までに放射線科受付（7 番）にお越し下さい。
- 食事、飲み物の制限はありません。お薬も飲んでかまいません。

※ 妊娠している可能性のある方は、主治医にご相談下さい。

※ 予定の日時に来院できない場合や、検査についてのお問い合わせは下記へご連絡下さい。

長崎みなとメディカルセンター  
Tel 095-822-3251 放射線科（内線 3119）