

恩主公醫院放射科
膽道攝影注意事項檢查預約單

_____先生／女士 床號：_____

1.您的檢查時間為：____月____日上午下午____時____分

檢查過程約需 10~20 分鐘，請您攜帶健保卡準時至放射科櫃檯報到。

2.當日早餐禁食

注意：禁食不必包括醫師處方之口服藥物，但降血糖藥物例外。

請詳讀檢查說明書後填寫檢查同意書，若有疑問請與檢查室人員研商。

注意：1.具有過敏性體質者，請預先告知檢查人員

2.檢查過程所需時間因疾病內容而定，若遇特殊情況可能無法按
預定時間開始或結束檢查，請保留充分時間接受檢查。須趕時
間者，請另排時間，特此聲明。

檢查後注意事項:1.檢查後即可進食，請多喝水，多解尿可促進藥物代謝。

2.請於醫師約診時回診，或自行約三個工作天後的門診。

放射科聯絡電話：2672-3456 轉 7465，7466