

CT検査予約票

フリガナ	M
氏名	F
生年月日	年 月 日生 歳

検査日時	年 月 日 (曜日)
AM PM	時 分より
<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 朝絶食 <input type="checkbox"/> 昼絶食 (少量の水やお茶は飲んでも構いません)	

検査当日お持ちいただくもの

健康保険証 依頼書 予約票

依頼施設	診療科	科
依頼医師	外来・入院 (病棟)

検査を受けられる方へ

○検査の予約日時は上記の通りです。

予約時間の15分前にはお越しになり、総合受付にてこの予約票を提示してください。

○検査の予約日、時間を厳守してください。

都合により検査が受けられなくなった場合は早めに下記のところまでご連絡ください。

検査を安全に受けていただくため、以下の項目で該当するものがあれば必ず、担当医師に御相談ください。

○妊娠している可能性がある

○現在、治療中の病気がある ()

○これまでに造影剤使用で副作用が出現したことがある。

検査 ()

症状 ()

その他、何か御不明な点、御質問等がございましたら担当のスタッフにお問い合わせください。



〒673-0852 明石市朝霧台1120-2
 TEL 078 (912) 7575 内線171
 ※放射線室直通TEL(FAX共用)
 078 (912) 8111

