

単純CT検査を受けられる患者様へ

フリガナ

ご氏名 様

生年月日: 年 月 日生 性別: 男性・女性

ご住所: 〒

ご施設名

Tel:

予約時間: 年 月 日() 時 分

- ◆ 検査部位は()です。
- ◆ 上記予約時間の **15分前**までにこの用紙と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。
 - ・当院を初めて受診される方は、予約時間の **30分前**までにフロント受付で保険証を提示して、手続きをして下さい。
- ◆ 検査当日は絶食の必要はありません。
- ◆ 骨盤部の検査を受けられる方は膀胱に尿がたまっているほうがいいので、我慢できる範囲でトイレに行かず検査を受けて下さい。

注意事項

- ・妊娠及び妊娠の可能性のある方は受付時(検査前)に必ず申し出て下さい。

変更・キャンセルの場合

- ・2日前までは、ご紹介元のクリニックにご連絡下さい。前日から当日は、中央放射線部までご連絡下さい。



奈良県西和医療センター
中央放射線部

電話: 0745-32-0505
内線: 2141