

予約書 患者様控え

フリガナ	性別	ご紹介施設名	病院・クリニック 医院・診療所
患者氏名	男・女	ご紹介医師名	連絡先 TEL() -
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳	ご紹介診療科	科 外来・入院 階

検査予定日時	年 月 日 時 分	※検査当日は検査予定日時の30分前にお越し下さい (検査前に説明・問診を行います)
--------	-----------	--

検査の時刻に遅れられますと、お日にちを変更して頂く場合もございますのでご注意ください。

- 検査の都合上、必ず検査予定日時の**30分前**に**保険証、検査費用、この予約書**をもって彩都友誼会病院 1階総合受付にお越しください。また当院は、ご紹介いただいた施設とは別の**医療機関**です。保険証を必ずお持ち頂き、再診の方も月に一度の確認が必要です。**労災保険・交通事故**での検査は一般保険証が使用出来ませんので、事前にお問い合わせください。
- 事情により予約を取り消される場合や、検査当日に急用、体調不良で**来院できない場合は早めに連絡**ください。
- 下記の**注意事項を必ずお読み**ください。ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせください。

問い合わせ 彩都友誼会病院 画像診断部受付 電話 072-641-5898

検査注意事項(必ずお読みください)

CT検査について

- 飲み物は普段どおりにお摂りください。
- 腹部以外の検査を受けられる方は普段どおりの食事をお摂りください。
- 腹部の検査を受けられる方は、検査の**5時間前**から**絶食**をお願いします。
- 造影剤を使用する場合、副作用のために稀にかゆみ、蕁麻疹が出る場合があります。また、ごく稀に強い症状が出る場合がありますが、その際にはそれに応じて適切な処置を実施いたします。



モノレール彩都線 彩都西駅より徒歩5分

※検査に来られる方へ ・検査当日は保険証、検査費用、予約書持参で30分前にお越し下さい。