

CT・MRI検査予約券

氏名 _____ 様

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査時間 _____ 時 _____ 分

紹介医療機関

- 検査予約時間の30分前に来院してください。
- 総合受付にて保険証と紹介状の提示をお願いします。
- 総合受付での確認が済みましたら放射線受付17番へお越しください。
- 放射線受付では予約券を提出してください。
- 当日の持ち物
 - ・予約券 ・保険証 ・紹介状(かかりつけ医院で渡された方のみ)
- 検査注意事項
 - ・撮影部位によっては更衣が必要となりますので着替えのしやすい服装をお願いします。
 - ・上腹部検査の場合は検査前1食は抜いてください。

※検査状況により検査開始時間が予約時間を前後することがあります

●問い合わせ先
聖隷富士病院 放射線課
TEL0545-52-0813



CT・MRI検査予約券

氏名 _____ 様

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査時間 _____ 時 _____ 分

紹介医療機関

- 検査予約時間の30分前に来院してください。
- 総合受付にて保険証と紹介状の提示をお願いします。
- 総合受付での確認が済みましたら放射線受付17番へお越しください。
- 放射線受付では予約券を提出してください。
- 当日の持ち物
 - ・予約券 ・保険証 ・紹介状(かかりつけ医院で渡された方のみ)
- 検査注意事項
 - ・撮影部位によっては更衣が必要となりますので着替えのしやすい服装をお願いします。
 - ・上腹部検査の場合は検査前1食は抜いてください。

※検査状況により検査開始時間が予約時間を前後することがあります

●問い合わせ先
聖隷富士病院 放射線課
TEL0545-52-0813

