

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。
- 総合受付にて受付をお願いします。
- 当日の持ち物
 - ・予約券 ・紹介状（かかりつけ医院で渡された方のみ）
 - ・マイナンバーカード（マイナ保険証）又は資格確認書
 - ・労災の場合は、様式第6号（指定病院等（変更）届）をご提出ください。
当日提出出来ない場合は、一旦自費にてお支払いいただきます。
ご提出時に、返金となります。
- 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。
- 総合受付にて受付をお願いします。
- 当日の持ち物
 - ・予約券 ・紹介状（かかりつけ医院で渡された方のみ）
 - ・マイナンバーカード（マイナ保険証）又は資格確認書
 - ・労災の場合は、様式第6号（指定病院等（変更）届）をご提出ください。
当日提出出来ない場合は、一旦自費にてお支払いいただきます。
ご提出時に、返金となります。
- 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

