

検査予約票

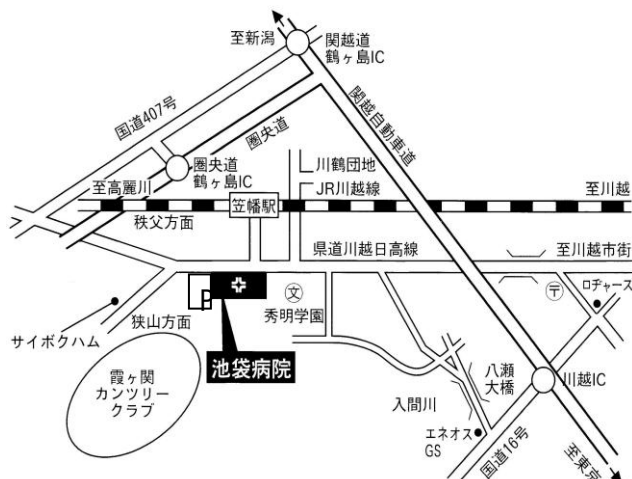
検査年月 年 月 日 () :
患者氏名 様
検査部位 CT・MRI (部位 : 造影 : なし・あり)

注意事項

- 腹部 CT 検査・腹部骨盤部 MRI 検査を受ける方 (当日)
 - ・ 食事はとらないでください。水、お茶のみはお飲みいただけます。
 - ・ 排尿は、検査 2 時間前までにお願いします。
- MRI 検査を受けるすべての方
 - ・ 金属製のアクセサリ (ネックレス、ピアス等) は外していただきます。できるだけ身につけてこないでください。
 - ・ アイシャドウやマスカラなどの化粧品も控えてください。金属成分が含まれている場合があります。
- 予約時間の 15 分前までにご来院ください。
- 当日のキャンセル・変更について
ご都合が悪くなった場合は、必ず事前にご連絡ください。
- 検査時間の変更について
検査内容によっては、開始時間が前後する可能性があります。ご了承ください。
- 検査終了後、検査画像データのディスクをお渡ししますので、紹介元の医療機関にお持ちください。

持参品 (受付にて提出して下さい。)

- ① 検査予約票 (この用紙)
- ② 必要書類 (照射録、問診票など)
- ③ 保険証・公費負担医療証等 (当院の受診歴のある方は、診察券もお持ちください。)



〒350-1175 埼玉県川越市笠幡 3724-6

医療法人 誠弘会 池袋病院

放射線科直通電話 049 - 233 - 5230