

CT検査予約票

氏名 _____ 様

性別 _____ 男・女

生年月日 (M・T・S・H)

年 月 日

《 頭部・胸部・腹部・

その他 (_____) 》

《検査日時》 令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後
時 分

※検査にあたり、次のことにご注意ください。

【食事の制限・薬の内服について】

- 朝食は食べないでください。
- 昼食は食べないでください。
(ただし、2時間前 (時 分) まで、水・お茶のみお摂りいただいても結構です。)
- 食事制限はありません。

【その他の注意】

- 抜歯時の局所麻酔で気分が悪くなった方やアレルギーのある方は、あらかじめお知らせください。
- 妊婦または妊娠されている可能性がある方は、あらかじめお知らせください。

【検査当日の受付方法について】

- 当日は、**検査時間の約15分前**に、初診受付にこの予約票を提出してください。
- 予約した日時に急用等でご来院いただけない場合は、お早めに『千葉しすい病院』までご連絡ください。
- 検査内容について不明な点がございましたら、『千葉しすい病院』までお問い合わせください。
- 検査の都合で、開始時間が若干遅れる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

千葉光徳会 千葉しすい病院

電話番号 043-481-8111

FAX番号 043-481-8119

月曜-金曜 8:30~17:00 土曜 8:30~12:00