

CT検査予約票

氏名 _____ 様

生年月日 (M・T・S・H)
年 月 日

《 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・
その他 (_____) 》

《検査日時》 平成 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】

- 心臓病・高血圧の薬は **朝6時頃** に服用してください。
- 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『柏市立柏病院 地域医療支援センター』までご連絡ください。
- 不明な点がございましたら、『柏市立柏病院 地域医療支援センター』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ことがございますので、あらかじめご了承ください。

柏市立柏病院
《地域医療支援センター》
電話番号 04 (7134) 1503
FAX番号 04 (7134) 1504
代表番号 04 (7134) 2000
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>