

# 腹部超音波検査予約票

氏名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日(M・T・S・H) 年 月 日

性別 (男性・女性)

《検査日時》 平成 年 月 日 ( 曜日 )  
午前・午後 時 分

## 【お願い・注意事項】

- ★ 検査予定時間の5分くらい前までに、総合受付(1階)にて受け付け後、2階の生理検査室におこしてください。
- ★ この予約票を『超音波検査受付』のトレイにお出してください。
- ★ 検査時間は20～30分くらいです。
- ★ 『午前』に検査の方は、【当日の朝から】  
『午後』に検査の方は、【当日の朝食を食べた後から】  
お食事をしないで来てください。(検査ができなくなる場合があります。)  
(ただし、お水、お茶に限っては検査直前まで摂って頂いて結構です。)
- ★ 薬の服用につきましては、担当医師にお尋ねください。
- ★ 検査予定時間の2～3時間前から排尿をがまんしてください。
- ★ できるだけ脱ぎやすい服装でおこしてください。
- ★ 検査の都合上、時間が若干前後する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ★ 来院できない場合は、お手数でも下記までご連絡ください。

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>