

## 乳房X線検査予約票

氏名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 (M・T・S・H)  
年 月 日

《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】

- ◆ 食事の制限はありません。

【その他の注意】

- ◆ 撮影時は上半身裸になりますので、脱ぎやすい服装でおいでください。
- ◆ 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10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>