



貴院カルテ番号

フリガナ
氏名

生年月日 性別
男・女

連絡先(日中連絡のとれる電話番号)

TEL

紹介元医療機関名(紹介元所在地)

電話番号

診療科名

ご担当医師名



検査予約日時	検査部位	貴院次回診察日
月 日 午前 時 分 午後	(患者様用確認票に複写されます)	月 日
※上記時刻の 30分前 までにお越しください		

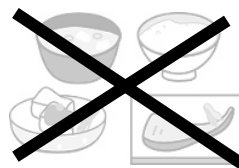
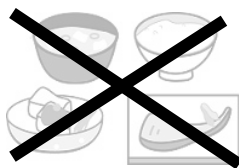
検査区分 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> US	造影の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	造影有の場合 ●アレルギー(鉄[MRI]・ヨード[CT]、喘息、妊娠、Cr値が高い方は不可) ●透析治療中の方はMRI不可、CT要電話連絡
---	---	--

当日ご持参いただくもの ——— 保険証・検査依頼表

●所要時間はおよそ1時間を目安にしてください(診療の都合で多少お待たせする場合がございます)

下記検査の方はご注意ください (※検査を受けられなくなる場合がございます)

おなか(腹部)の検査を受けられる方 食事制限6時間(検査前)	造影検査を受けられる方 食事制限4時間(検査前)	その他の方は 飲食の制限はありません
--	------------------------------------	------------------------------

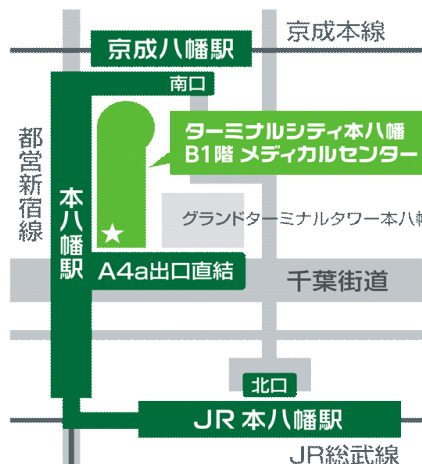


※お水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものはとらないでください。

クリニックご案内地図

最寄駅

- 都営新宿線「本八幡」駅 徒歩0分(A4出口直結)
- 京成本線「京成八幡」駅 徒歩2分
- JR総武線「本八幡」駅 徒歩3分



千葉県市川市八幡3-3-3アイビスビルB1F
TEL 047-323-8686