

予約票（紹介患者様用）

③患者様

※患者様にお渡してください

患者様情報

紹介元医療機関名（紹介元所在地）

フリガナ

氏名

生年月日

性別 男・女

電話番号

連絡先（日中連絡の取れる電話番号）

診療科名

ご担当医師名

印

| 検査区分 | 検査日 | 検査時間 |
|--|-----|---|
| <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT その他（ ） | / | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 : (9:30検査のみ9:15受付) ※検査予約時間の30分前までにお越し下さい |

| 検査部位 | 検査目的（できるだけ具体的にお願いします） |
|------------------------|-----------------------|
| ※患者様用確認票に複写されます 傷病名 | |

[当日ご持参頂くもの]
保険証・検査依頼票

CT・MRI造影の有無

なし あり 検査医に一任

○所要時間は1時間を目安にしてください。（診察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可能性があります。

おなか（腹部）の検査や造影検査を受けられる方
食事制限6時間（検査前）

※お水や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。

●本八幡セントラル放射線科クリニックご案内●

千葉県市川市八幡3-3-3 アイビスビル地下1階
電話 047-323-8686

アクセス

電車 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

車 同ビル4～5階の駐車場をご利用ください
※駐車券の割引には対応いたしておりません

