

CT-SCAN予約票

カルテNo.			
患者名	殿		
生年月日	年	月	日 歳 男・女
提出医	依頼元	提出年月日	

検査日	月	日 ()	午前	時	分
			午後		
氏名			患者住所：カルテ記載		
			Tel		

※赤枠内の氏名は漢字で必ず記入して下さい。

検査を受ける患者の皆様へ

- 検査日は予定時刻15分前に、診察券と予約票を受付けへお出し下さい。
- 検査日は（飲食可、朝食禁、昼食禁）です。（水・茶・常用薬は飲んでも良い。）
- 検査は約15分から30分かかります。
- 予定時刻は、検査都合上多少遅れる場合がありますので、あらかじめ御了承下さい。
- 来院できないときは、必ず事前に下記へ連絡して下さい。

連絡先：医療法人社団 小林メディカル こばやしクリニック ☎ 042-710-3183

こばやしクリニック地図

