

CT検査予約票

氏名 _____ 様

生年月日 (M・T・S・H・R)
年 月 日

《 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・
その他 () 》

《検査日時》 20 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】

- 朝食は食べないでください。
- 昼食は食べないでください。
(ただし、2時間前(_____ 時 _____ 分)まで、水・お茶のみお摂りいただいても結構です。)
- 食事制限はありません。

【その他の注意】

- 心臓病・高血圧の薬は **朝6時頃** に服用してください。
- 抜歯時の局所麻酔で気分が悪くなった方やアレルギーのある方は、あらかじめお知らせください。
- 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15分前**に、初診受付にこの予約票を提出してください。
- 検査の都合で、開始時間が若干遅れる場合がございますので、あらかじめご了承ください。
- 当日、急用等でご来院いただけない場合は、お早めに下記までご連絡下さい。

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>