

腹部超音波検査予約票

氏名 _____ 様
生年月日 (M・T・S・H・R) _____ 年 _____ 月 _____ 日

《検査日時》 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)
午前・午後 _____ 時 _____ 分

【お願い・注意事項】

- 検査予定時間の5分くらい前までに、総合受付（1階）にて受け付け後、2階の生理検査室におこしてください。
- この予約票を『超音波検査受付』のトレイにお出してください。
- 検査時間は20～30分くらいです。
- 『午前』に検査の方は、【当日の朝から】
『午後』に検査の方は、【当日の朝食を食べた後から】
お食事をしないで来てください。（検査ができなくなる場合があります。）
（ただし、お水、お茶に限っては検査直前まで摂って頂いて結構です。）
- 薬の服用につきましては、担当医師にお尋ねください。
- 検査予定時間の2～3時間前から排尿をがまんしてください。
- できるだけ脱ぎやすい服装でおこしてください。
- 検査の都合上、時間が若干前後する場合がありますので、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>