

乳房X線検査予約票

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

※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】

- ◆ 食事の制限はありません。

【その他の注意】

- ◆ 撮影時は上半身裸になりますので、脱ぎやすい服装でおいでください。
- ◆ 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10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>