

CT検査予約票

年 月 日

I D

フリガナ
患者氏名

様

紹介元医療機関名

生年月日 (M・T・S・H) . . . 男 . 女

医師名

印

住 所

TEL

(TEL - -)

FAX

検査日 年 月 日 () AM . PM :

- ・当日は、検査予定時間の**15分前迄**に一橋病院総合受付までおいで下さい。
- ・持参いただくもの ①**予約票** ②**照射録・診療情報提供書** ③**健康保険証**
(本票)
- ※一橋病院の診察券をお持ちの方は、④**診察券** もご持参下さい。

【CT検査の注意事項】

- 金属のついた洋服・下着を外していただく場合や、検査着に着替えていただく場合がございます。
 - 検査時間は20～30分程度です。検査中は身体を動かさないようにお願いします。
 - 妊娠の可能性がある方は、事前に申し出て下さい。
 - 造影剤を使用される方は、検査前の食事は摂らないで下さい。
 - お茶や水はかまいません。
- 尚、アレルギー体質の方や、喘息のある方は、申し出て下さい。

【予約時間について】

- 予約時間に来院できない場合や、検査のキャンセルを希望される場合は一橋病院地域連携室へお早めにご連絡下さい。
- 当院は救急指定病院です。場合により救急患者様を優先し予約時間に検査を行えないことがありますのでご了承下さい。

交通機関のご案内

- 西武多摩湖線一橋学園駅より徒歩8分
- 西武線小平駅より国分寺北口駅行きバス10分 一橋病院前下車

医療法人社団 青葉会
一橋病院

〒187-0045
東京都小平市学園西町1-2-25

TEL 042-343-1311

FAX 042-347-3150

