

CT 検査予約表

ID 番号

お名前

様

予約日時

年

月

日

○検査当日の手順

新患・再診患者 受付まで、**検査予約時間30分前**にお越しください。

検査予約票、(お持ちの場合は検査同意書)をご提出ください。

○お願い

検査日の変更ならびにキャンセルは下記まで御連絡ください。

成田富里徳州会病院 放射線科

電話 0476-93-1001(代) 放射線直通 0476-93-1056

予定時間通りに検査を行うように努力しておりますが、緊急検査への対応や個々の検査毎に内容が異なるため、予約時間と実際の検査開始時間がずれることがあります。ご了承ください。

○検査前の食事・お薬など

特に制限はありません。