

ダイレクト検査予約票・説明書

発行日 令和 年 月 日

発行医療機関 _____

発行医師 _____

患者様氏名 _____ 様

生年月日 _____

検査名 CT【単純】 ※撮影部位 (_____)

予約日時 _____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時 _____ 分

- ∴ 貴方の検査予定は上記の日時です。
- ∴ 眼鏡・ヘアピン・イヤリング・ネックレス等の金属類は、外していただきます。
- ∴ 検査は、5分～20分ぐらいで終了します。
- ∴ 乳幼児の方は、早く起床させて検査の直前に寝かせるようにしてください。
- ∴ 妊娠の可能性及び授乳中の方は、検査前に放射線科担当者に申し出てください。
- ∴ 検査当日は、「ダイレクト検査予約票・説明書」、「診療情報提供書」、「健康保険証」、「深谷赤十字病院の診察券」(お持ちの方)などをご持参の上、検査予約時間の20分前に紹介患者様専用受付へおいでください。
- ∴ 検査日時に都合がつかない場合やご不明の点がございましたら、下記までご連絡ください。

深谷赤十字病院 放射線診断科 ダイレクト検査予約担当
TEL 048-571-1511 (内線6223)