

この用紙をお持ちの方は、1階新患受付へお越しください。

## 検査予約票

ID番号： —  
 氏名： 様  
 検査種： CT検査  
 検査予定日： 年 月 日 ( )  
 来院時間： 時 分 1階 新患受付  
 検査予約時間： 時 分

### 【注意事項】(よくお読みください。)

- 来院時間までに、この用紙と保険証を持って、1階新患受付にお越しください。  
 (当院の診察券をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。)  
 「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。
- 食事制限や飲み物の制限はありません。
- 妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方は検査ができません。

### 【安全に検査を行うために、以下のことをお守りください】

- かかりつけの先生から「付き添いが必要」と指示された方は、ご家族の付き添いを  
 お願いします。

### 【その他】

- ※ ペースメーカー手帳をお持ちの方は、当日検査担当者にご提示ください。
- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約7,000円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し、早めに地域医療連携室までご連絡ください。