

_____ (医院・病院・クリニック) 御中

検査予約確認書

ご紹介いただきました患者様の放射線検査予約を、下記のとおりにお取り扱いしました。

患者様氏名	様 男・女	生年月日	(大・昭・平・令)	年	月	日	
予約日時	年	月	日	()	午前・午後	時 分	ごろ
検査項目	部位()	CT	・	MRI	造影 (有 ・ 無)		

患者様へお願い

○ 上記の予約時間までに再来受付機を通さずに、直接1階の総合受付にお越しいただき、声をかけてください。

○ 検査依頼伝票、検査予約確認書（本紙）、健康保険証、医療証、マイナンバーカードなどを必ずお持ちください。

○ 予約した日時に来院できない場合は下記の電話番号から連絡をお願いします。

○ 腹部検査、造影検査の時は、検査3時間前から絶食してください。飲水は可能です。

○ 造影検査時は、検査時間の1時間前に来院してください。造影検査前に必要な検査があります。



〒679 - 5382 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111

医療法人社団一葉会 **佐用共立病院**

TEL (0790) 82-2321

内線 131 放射線科