

検査予約表

検査年月	年	月	日 ()	午前	:	
患者氏名						様
検査部位	CT・MRI (部位 :		造影 : なし・あり)			
	読影依頼					なし・あり (必ず読影依頼書を同封して下さい)

注意事項

- ① 検査前日は、夕食を夜9時まで済ませて下さい。(水分は就寝時まで可)
- ② 検査当日は、食事を摂らないで下さい。(水分は可)(MRCP時、水分不可)
- ③ 腹部CT検査、骨盤部MRI検査の場合、検査2時間前より、排尿せずに来院して下さい。
- ④ MRI検査の場合、金属製のもの(ネックレス、ピアス等)は外していただきますので、できる限り身に付けてこないでください。お化粧品(アイシャドウ、マスカラ等)も控えてください。
- ⑤ 予約時間の15分前までに来院して下さい。
- ⑥ 検査当日、都合により来院できない場合は事前に必ず連絡をして下さい。
- ⑦ 検査内容等によって、検査開始時間にずれが生じる場合がありますので、ご了承下さい。
- ⑧ 検査終了後、検査画像データディスクをお渡ししますので紹介元にお持ち下さい。

持参品 (受付にて提出して下さい。)

- ① 紹介状 (照射録、造影剤使用承諾書、他)
- ② 保険証 (当院の受診歴のある方は、診察券もお持ち下さい。)
- ③ 検査予約表 (この用紙)

〒350-1175 埼玉県川越市笠幡 3724-6

医療法人 誠弘会 池袋病院

放射線科直通電話 049 - 233 - 5230

