

## 様式 B

# CT 検査予約票

名前 \_\_\_\_\_ 様

予約日時：       年    月    日(    )       時       分

頭部・胸部・腹部・(        ) の CT 検査を行います。

### << 検査を受けられる方へ >>

1. 当日は更衣をして頂く場合があります。

**予約時間の 10 分前**までに受付を済ませてください。

その際に、この予約票(本紙)と保険証を提出してください。

3. 検査状況により検査開始時間が前後する場合があります。

4. 来院できない場合や予約変更を希望される場合には、早めに主治医（当院に CT を依頼された病院）にご連絡ください。

5. 当日予約時間に遅れた場合は、検査室が空くまでお待ち頂く場合があります。

以上、ご理解とご協力をお願いします。

### << 注意事項 >>

#### 1. 検査前の食事について

・検査前の食事制限はありません。

・検査前 4 時間は食事をしないでください。

飴、ガム等も食べないでください。飲水制限はありません。

2. ペースメーカーを使用中の方は、ペースメーカー手帳を持参してください。

くろかわ内科・健診クリニック

〒462-0044 名古屋市北区元志賀町一丁目 4-1

当日連絡先 052-908-8181 (代表)