

『CT検査予約表（患者様控え）』

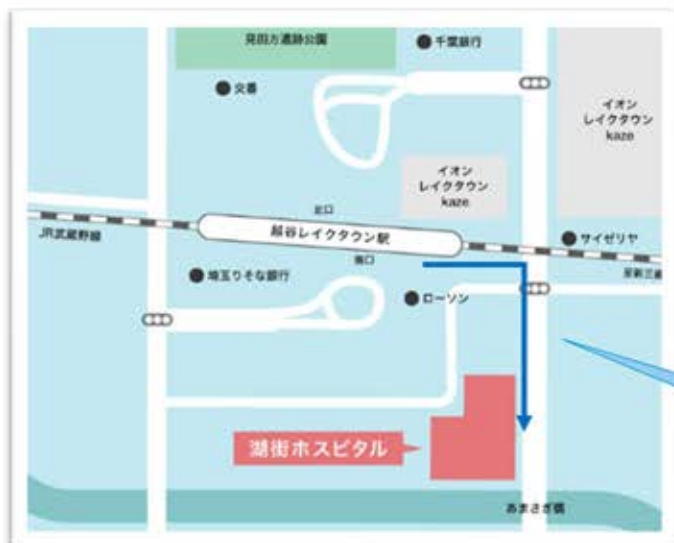
検査予約日時：令和 年 月 日 / 時 分

患者様氏名： _____ 様

生年月日：大正・昭和・平成・西暦 _____ 年 月 日

【検査事前案内】

- 当日は、検査予約時間の**15分前**に病院1階受付に直接お越し下さい。緊急対応等により予定時間が前後することがありますので、ご了承下さい。
- 金属のついた衣服や金属製の装飾品（ピアス、ネックレス、カイロなど）は、検査前に取り外して下さい。
- 食事について、検査の**4時間前**から食べないで下さい。



南口より徒歩1分！

「お問い合わせ先」

医療法人社団 聖心会 湖街ホスピタル 放射線科

〒343-0828 埼玉県越谷市レイクタウン8丁目12番地12

最寄り駅：JR武蔵野線 越谷レイクタウン駅

TEL：048-990-1515 / FAX：048-990-1516