

# 山形ロイヤル病院 C T 検査予約票

オープン検査用

依頼元  
医療機関名 :

指示医 : \_\_\_\_\_ 先生

患者様氏名 : \_\_\_\_\_ 様

山形ロイヤル病院  
放射線科

FAX : 0237-42-3080  
TEL : 0237-43-8080

## C T 検査実施予定日（予約日）

年 月 日 時 分

- 腹部検査の場合は昼食をとらずにご来院下さい。  
（腹部検査以外は、食事制限はありません。）

検査当日は、検査予約票・保険証・山形ロイヤル病院診察券（お持ちの方）  
ご持参のうえ、予約時間の15分前までに外来受付にお越しください。  
患者様は、受付でC T検査予約であることをお伝えください。

患者様が検査実施日に来院できない場合は、ご紹介いただいた先生を通じて  
放射線科（0237-43-8080 内線180、185）までご連絡ください。

また、予約日の変更の場合は、ご紹介いただいた先生から放射線科宛てに  
ご連絡をお願いいたします。患者様からの直接の変更依頼には対応できません  
ので、予めご了承ください。