

山形ロイヤル病院 CT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

CT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CT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。