

# 山形ロイヤル病院 MRI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

MRI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MRI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。