

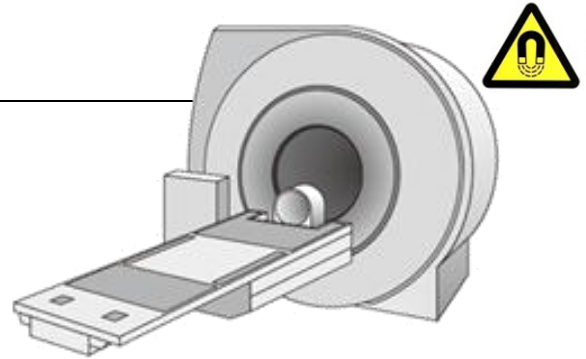
MR I 検査予約票

検査予約のご連絡は
平日 8:30～19:00 をお願いします。

氏名 _____ (生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日)

検査日	年	月	日	(曜日)
検査時間	午前・午後	時	分	【15分前までにお越し下さい】

紹介元医療機関名 _____



【予約の患者様へ】

予約票 紹介状 問診票

上記を総合受付に提出してください。

【食事制限について】

- 腹部単純検査 検査4時間前から絶食 (飲水は水・お茶のみ可能)
 - 腹部以外の単純検査 食事・飲水制限無し
 - 造影検査 検査4時間前から絶食 (飲水は水・お茶のみ可能)
- ※造影検査の前後を通して水分をしっかり摂取して下さい

【注意事項】

- ・問診票をよく読み記入して下さい。
- ・体内に金属物を有する方は、検査を受けることができない場合がございます。必ず検査までに医師にご確認ください。

【お願い】

- ・予約時間を過ぎても来院されない場合、検査を中止する場合がございます。
- ・予約時間に遅れそうな場合、下記までご連絡ください。
- ・予約日時の変更を希望される方は、平日の8:30～19:00に下記までご連絡下さい。

連絡先 市立野洲病院 画像診断課
(代表) 077-587-1332

2020年7月改訂