

# CT検査依頼書《予約票》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック  
和歌山画像診断センター 担当医 殿

平成 年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称

科・医師名

電話番号

来院予定日時	平成 年 月 日	午前	時	分
ふりがな		男・女	生年月日	明・大昭・平 年 月 日生
患者様お名前	様		電話番号	(自宅) ( ) - (携帯)
患者様ご住所	〒 -			

## 注意事項

### 1. 患者様に持参いただくもの

- ・CT検査予約票 ・CT検査依頼書
- ・造影検査問診票 (別紙)

保険証 フィルム等 その他 ( )

### 2. 食事制限

頭部、頸部、脊椎、関節、四肢については、特に制限ありません。

胸部、腹部、骨盤腔については、

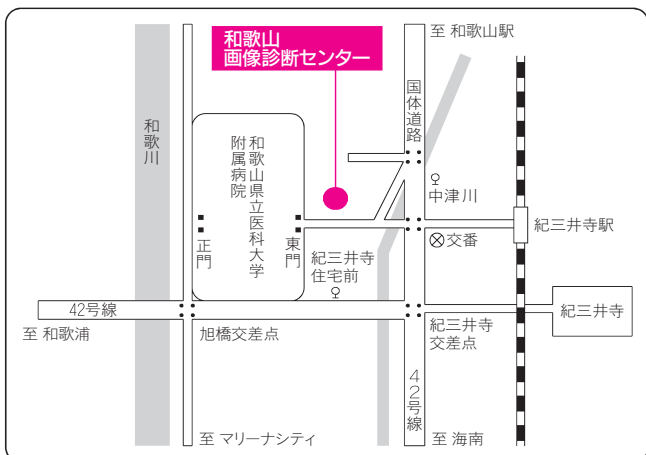
午前の検査の方：朝食は摂らないで下さい。  
午後の検査の方：午前9時までにお食事はお済ませ下さい。

### 3. 検査当日は、時間に十分余裕を持ってお越し下さい。

なお、当日来院出来ない場合は、必ずお早めに下記のところまでご連絡下さい。

検査の都合上、予約時間どおりにいかない場合がございますが、ご了承下さい。

造影検査ご希望の場合、《造影剤使用について一問診、説明および同意書一》もご記入下さい。



## 和歌山画像診断センター

医療法人 昭陽会和歌山南放射線科クリニック

〒641-0012 和歌山市紀三井寺870-2

TEL 073-447-3300

FAX 073-447-3636

※撮像に関する特別なご指示は、お手数ではございますが、直接CT担当技師宛ご連絡下さい。