CT予約通知書

名前：

検査部位：

検査日　　　月　　　日（　　）午前・午後　　　時　　分

※撮影状況により待ち時間が生じる場合がございます。

※予約時間に遅れる場合は必ず連絡して下さい。

**＜当日持参いただくもの＞**

●検査依頼用紙　　　　　　　　●健康保険証・医療証　　　　　●お薬手帳

●予約通知書（この用紙）　　　●診察券（お持ちの方のみ）

**＜検査日の食事＞**

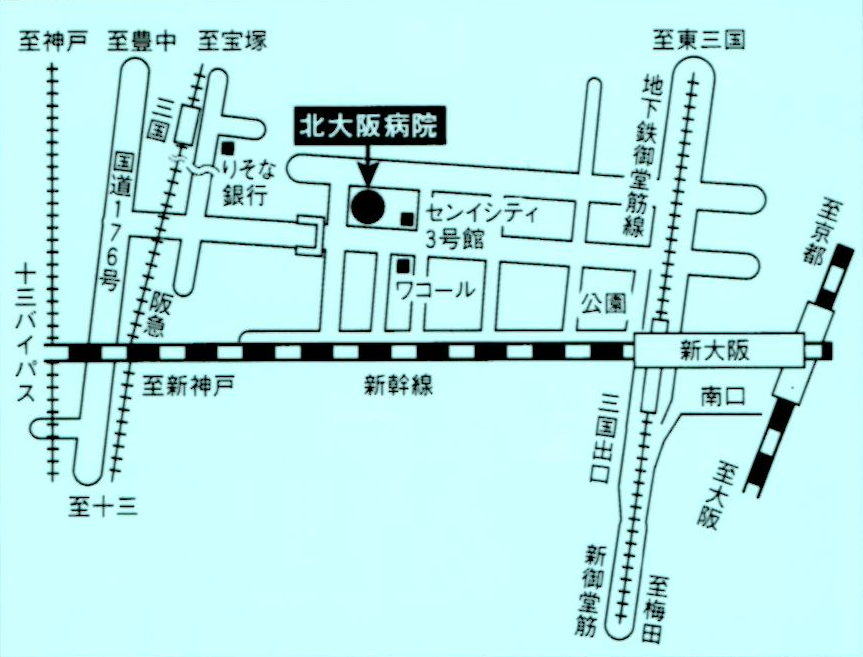
□食事、飲水の制限はありません。

□検査当日は何も食べないようお願いします。水、白湯は飲水可能です。

**＜来院時間＞**

□検査15分前に来院して下さい。

□検査30分前に来院して下さい。



社会医療法人　協和会

**北大阪病院**

大阪市淀川区西宮原2-7-17

ＴＥＬ　06-6395-1601（代）

ＦＡＸ　06-6396-1730

●新大阪駅（地下鉄、ＪＲ）下車

北出口を西へ徒歩10分

●阪急宝塚線「三国」下車

東口を南へ徒歩10分、左折２分

※予約の変更、キャンセルは紹介元医療機関を通じてご連絡ください。