

検査予約票 一枚目

- ◆ 持参するものや、来院する場所が書いてあります。
- ◆ MRI 検査問診及び同意書を持参いただき、検査直前にも放射線技師より問診と体重確認が必要なことを説明をお願いします

<FAX返信用>

平成29年10月20日

検査予約票

〇〇 クリニック

〇〇〇〇 先生

ご紹介の 〇〇〇〇 様

雄勝中央病院

医療連携室

検査 **MRI 検査 (造影あり) (読影あり)** を予約させていただきました。

撮影部位 (〇〇 部)

検査日は 平成 〇 年 1 0 月 2 0 日 (金曜日) 午前〇時〇〇分です。

MRI 検査の方は再度問診 (体内金属、所持品等の最終チェック、体重確認) を行い、署名いただきます。

* 検索当日、患者様は「検査予約票」「検査伝票」を持参し 予約時間の30分前までに
直接 **放射線科受付** へおいでください。

- * **MRI 検査の方は問診及び同意書をご持参ください。**
- * **造影検査の方は、お薬手帳、造影剤の説明書 (同意書) をご持参ください。**

放射線科受付前にてお待ち下さい。担当者がご案内いたします。

変更した部分
です。

雄勝中央病院 1階 案内図



雄勝中央病院 医療連携室
〒012-0055 秋田県湯沢市山田字勇ヶ岡25
電話 0183-73-5000 (代表) 内線6390
FAX 0183-73-7005 (医療連携室専用)