# ＣＴ検査予約票

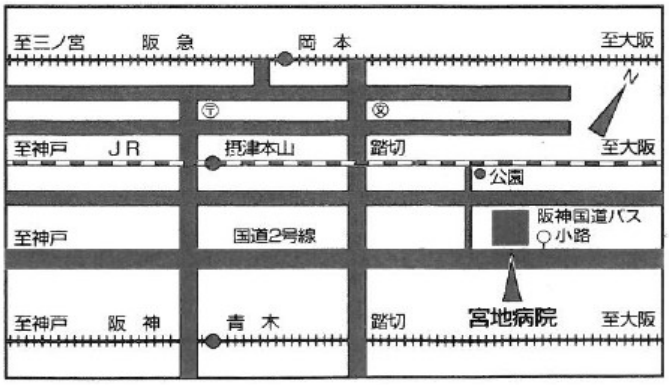
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

| |
|---|
| ◎あなたの検査は　　年　　月　　日　　時　　分　　からです。 |

## ＜当日の注意＞

◎検査予定時間の15分位前に来院し、この用紙を病院（1階）受付へお出し下さい。
◎健康保険証を必ず持参して下さい。
◎腹部検査、造影検査を受けられる方は午前の検査の場合は朝食を、午後の検査の場合は昼食を摂らないで下さい。（水分は少量であればかまいません。）
◎下腹部検査を受けられる方は検査開始2時間前より尿をためて下さい。
◎放射線による検査ですから現在妊娠もしくはその可能性のある方は申し出て下さい。
◎予約日時のキャンセルや遅れる場合は必ず事前に、画像診断部まで電話でご連絡下さい。
※検査時間については緊急検査等で多少前後する場合がありますがご了承下さい。

医療法人明倫会
宮地病院　画像診断部
〒658-0016
神戸市東灘区本山中町
4丁目1番8号
☎　078-451-1221
FAX 078-431-0080




［交通手段］
◎JR摂津本山駅より徒歩7分
◎阪急岡本駅より徒歩15分
◎阪神青木駅より徒歩15分