

## CT検査予約通知表

患者様氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 検査予約日時

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 検査部位

頭部	胸部	腹部	骨盤部
脊椎	(頸椎・胸椎・腰椎)		
その他	( )		

### 【注意事項】

- ・ 予約時間の15分前には来院いただきますよう、お願いいたします。
- ・ 来院時に受付へCT検査予約通知表と診療情報提供書(C T検査依頼書)原本、マイナンバーカードもしくは資格確認書を提出してください。
- ・ 検査日時の変更や来院できない時には、お早めにご連絡をお願いいたします。
- ・ その他ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

医療法人阪南会 天の川病院

大阪府岸和田市春木大国町8-4

072-436-2233 (代表)