

# 東京西徳洲会病院 MRI・CT 検査予約票

氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査予定日  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) 曜日

午前  
午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分からです。

造影検査 ( なし ・ あり ) \_\_\_\_\_

検査項目  
/部位 ( MRI ・ CT ) / \_\_\_\_\_

## ○検査当日の手順

検査予約時間の15分前までにご来院ください。

**1階、総合予約センター・受付(総合案内)**に、

この①検査予約票、並びに ②診療情報提供書、  
MRI検査を受診される方は ③MRI検査前チェックシート、  
造影検査を受診される方は ④造影検査同意書をご提出ください。

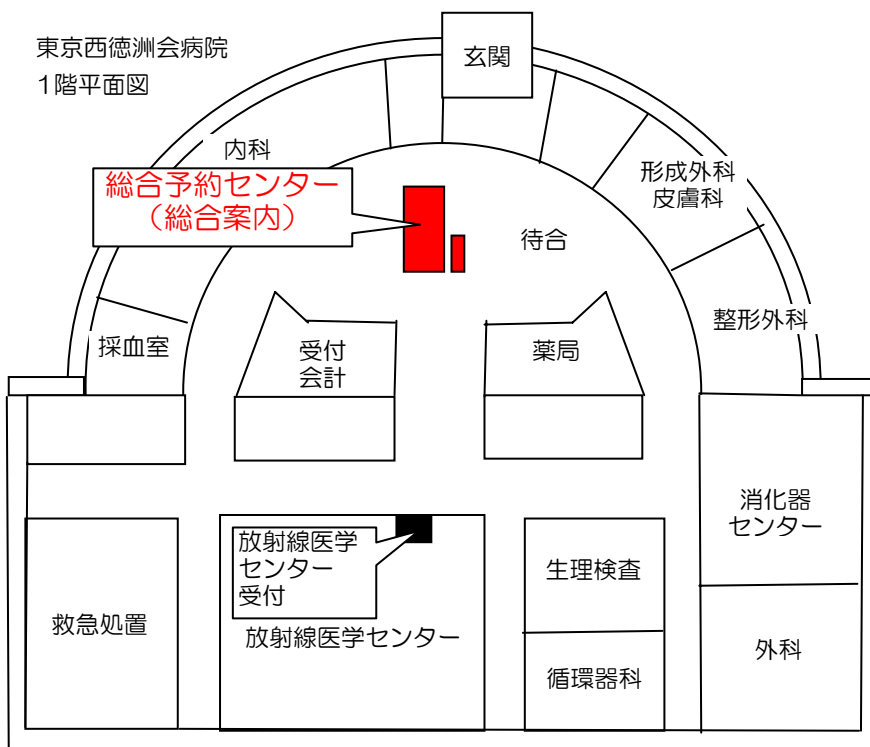
## ○注意事項

造影検査(あり)並びに検査部位に腹部が含まれている方は検査4時間前より食事は控え下さい。水、お茶などは飲まれてかまいません。

高血圧などで定期投薬のある方は薬を飲まれてからご来院下さい。

## ○お願い

検査日・時間の変更並びにキャンセルは下記までご連絡ください。



東京西徳洲会病院  
〒196-0003  
東京都 昭島市 松原町  
3丁目 1-1  
(代表) 電話042(500)4433

総合予約センター  
(直通) 電話042(500)6646

放射線医学センター  
(直通) 電話042(500)6630