

超音波検査予約票

様 (ご予約番号: _____)

検査予約日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日

午前 _____ ・ 午後 _____ 時 _____ 分

— 注意事項 —

1. 検査予約日は、検査開始 15 分前に受付へお越してください。
2. 検査当日は、以下を必ず持参して下さい (チェックして下さい)。
 - 予約票(この用紙)
 - 紹介状
 - 保険証
 - 診察券(以前当院におかかりの方)
3. 腹部エコーを受けられる患者様は、朝から食事・飲水・(服用可能な薬以外の) 薬の服用は避けて下さい。
4. 検査日のご都合が悪くなった時は、ご連絡下さい。
5. その他、ご不明な点は、主治医または下記へお問合せください。

(病院名) _____

(診療科) _____

(内 線) _____

TEL () —

FAX () —