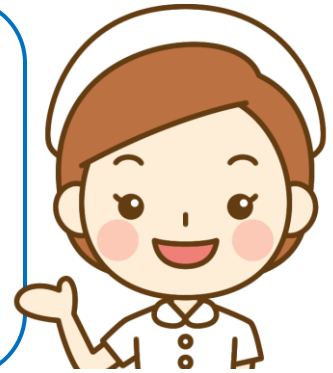


《検査のご案内》

- MRI ()
- CT ()
- 骨 密 度
- レントゲン



<検査予約日時>

30分前に受付を済ませ⑩番放射線科へ声を掛けてください

月 日 () 時 分より

<持参していただくもの>

検査のご案内 (この紙)

MRI問診票・同意書

次回の 年 月ころの診察と検査を電話で予約をされる方へ

予約表 (この用紙) と診察券をお手元に準備し、**検査**と _____ 医師の

診察予約を下記にてお取りください。

☆日時をこの用紙にご記入され検査当日、持参してください

☆検査と診察の予約、変更をされる場合や

検査に遅れそうな場合、検査についてご不明な点がある場合は早めに

0120-601-023 予約電話までご連絡ください。

ご利用時間 月曜日～金曜日 9時～16時30分