

東京西徳洲会病院 MRI・CT検査予約票

氏名 _____ 様

検査予定日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 曜日

予約時間 ☐ 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) / _____

OMRI・CT検査当日の手順

検査予約時間の20分前迄に来院をお願いします。(遅れる場合は下記までご連絡下さい。)
 来院されましたら**1階、紹介/予約受付**に以下の書類を提出してください。

①**検査予約票**(本書)、②**診療情報提供書**、並びに

MRI検査(単純及び造影共通)を受診される方は

③**MRI検査説明兼同意書・問診票**(3枚綴り)

造影CT検査を受診される方は

④**造影CT検査説明兼同意書・問診表**(2枚綴り) ※単純CTは同意書・問診票不要

○注意事項

検査部位が**腹部・骨盤**の場合、**検査開始4時間前**より食事は控え下さい。

他部位で造影剤使用目的の食事制限は不要です。水、お茶など水分制限ありません。

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

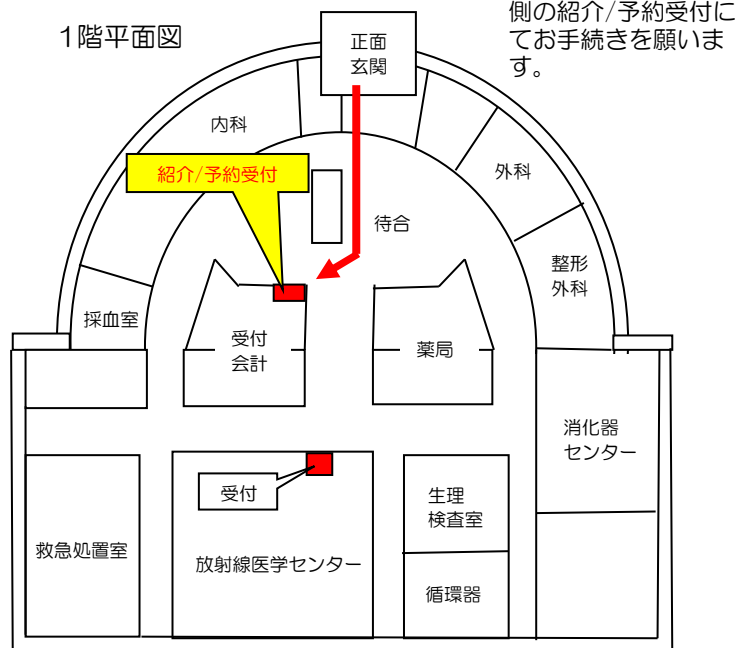
検査日・時間の変更並びにキャンセルは下記までご連絡下さい。

交通・地図



●電車でお越しの方
 JR有楽線「拝島」駅南口より左
 に出て真っ直ぐ、松原町4丁目交
 差点を道なりに真っ直ぐ行った左
 側です。(徒歩10分)

1階平面図



正面玄関をに入って右
 側の紹介/予約受付に
 てお手続きを願いま
 す。

東京西徳洲会病院

〒196-0003

東京都昭島市松原町3-1-1

放射線医学センター(直通)

042(500)4433

042(500)6630