

MRI検査予約票

氏名

様

あなたの検査予約日時は

月

日

時

分

です。

あなたの検査部位は

です。

造影剤を

使いません ・ 使います

検査当日は下記の注意事項を必ず守ってください。

来院時にはこの予約票を持参し、予約時間の30分前までに総合受付にお越しください。

【検査当日の注意事項】

| | |
|----------|---|
| 検査当日の食事 | 朝食を食べない ・ 昼食を食べない ・ 食べても良い (水・お茶は飲んでもかまいません。) (間違って食べた方は、必ず検査前に申し出てください。) |
| その他の注意事項 | |

※予約の変更はできるだけご遠慮下さい。

なお、やむを得ず予約日時に来院できない場合は、お早めにご連絡ください。

島根県済生会江津総合病院

電話 (0855) 54-0101