

<レントゲン検査予約票>

様

生年月日： 年 月 日

令和 年 月 日 (午前・午後)

(部位：_____)レントゲン検査の予約を承りました。

検査をお受けになる患者様へ

- ①レントゲン検査はおよそ5分で終了します。
検査開始時間がある程度前後する事がありますがご了承ください。
- ②検査時には検査を行う部位周辺の金属類をはずしていただきますので
なるべく身に着けずにご来院ください。
(ボタンやプラスチックやラメ、金属のあるお洋服は着替えて頂きます)
- ③食事について
食事の制限は特にありません。
- ④予約日に検査が受けられなくなった時は、早めにご連絡ください。
- ⑤受診されるさいに、お持ちいただくもの。
(1)このレントゲン予約票 (2)保険証、老人医療証等各種医療証等
(3)検査依頼書 (4)診察券(当院に受診歴のある方)



吉祥寺駅北口より市営のムーバス、JR西荻窪駅南口より関東バスも運行しています。

吉祥寺南病院
〒180-8551 東京都武蔵野市吉祥寺南町3-14-4
TEL:0422-45-2161(代表) FAX:0422-45-2166