

検査予約票

様

検査日

令和 年 月 日 曜日

午前 ・ 午後 時 分

- ①. 胃カメラ
- ②. 胃透視
- ③. 腹エコー(超音波)
- ④. 心エコー(超音波)

予約時間の15分前までに来院し、受付にこの用紙を提出され予約検査の旨をお伝え下さい。

注意

○上記①～③の検査は検査前日の夜10時から検査が終了するまで、飲んだり食べたり（水・お茶・たばこ・薬も禁止）できません。

○検査により予約時間が多少前後する場合がありますのでご了承下さい。

○ご都合が悪く来院出来なくなった場合は、早めにご連絡下さい。

○検査により注射を使用する場合がありますのでお車での来院は控えて下さい。

(病院名) _____

(診療科) _____

(内線) _____

TEL: - -

FAX: - -