

検 査 予 約 券

(2枚目)
(患者さん用)

松戸市立総合医療センター

診療科

科

紹介元
医療機関名

住所 〒

T E L ()
F A X ()

医師名

年 月 日

フリガナ			性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様		男・女	年 月 日生 ()歳
住 所	〒			
電話番号	自宅 ()	携帯	()	
受診歴	(有・無)			

・検査予約日 年 月 日 (曜日) 時 分

検査項目を○で囲んでください。

● 放射線科(部位を記入してください。)

- ・CT (単純・造影)
- ・MRI(単純・造影)
- ・骨密度測定

● 消化器内科

- ・腹部エコー
- ・胃内視鏡検査

※ 受付場所：☐受付

※ お持ち頂くもの (○印のついた書類)

書類	検査名	造影CT	C T	造影MRI	MRI	骨密度	腹部エコー	胃内視鏡
診療情報提供書		○	○	○	○	○	○	○
検査説明書兼同意書		○		○				○
MRI問診票				○	○			
最新の腎機能検査結果		○		○				
検査のチェック表								○
保険証		○	○	○	○	○	○	○

※ 予約日時変更や来院できなくなった場合は、下記にご連絡ください。

連絡先

松戸市立総合医療センター 地域連携室 午前8時30分～午後5時(平日)
TEL 047-712-0685(予約直通)