

検査予約券

(患者さん用)

松戸市立総合医療センター

診療科

科

年	月	日
紹介元 医療機関名		
住所	〒	
T E L	()	
F A X	()	
医師名	_____	

フリガナ		性別	大正・昭和・平成
患者氏名	様	男・女	年 月 日生 ()歳

・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)

● 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	CT	造影MRI	MRI	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 地域連携課 午前8時30分～午後5時(平日)

TEL 047-712-0685 (予約直通)