

CT検査予約票

患者様用



医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院
認知症疾患医療センター

患者氏名 _____ 様

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

来院時間 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

①持ち物（検査当日、受付にお持ちください）

- CT検査予約票（この用紙） 保険証 診療情報提供書（兼CT検査依頼票）

②注意事項（食事制限について）

・腹部の撮影の際には、食事の制限が発生します。予約時にご確認ください。

- 食事制限なし 来院4時間前より絶食（水分は摂取できます）

③予約の変更について

- ・検査日時を変更される場合はお早めにご連絡ください。
・ご不明な点がございましたら、ご連絡ください。

- ・月～金曜日 AM8：45～PM5：00
・土曜日 AM8：45～PM12：00
・連絡先 042-735-2222(代表)
042-737-1253（放射線科直通）

④交通案内



○小田急電鉄『鶴川駅』より

→無料送迎バス 約8分

○京王相模原線『若葉台駅』より

→無料送迎バス約8分

○駐車場について

→・第1駐車場18台 ・第2駐車場7台

※無料送迎バスの時刻表は下記URL又はQRコードをご利用ください

<http://www.tsurusana.com/access/bus.html>

