

超音波検査予約票

《心臓・乳腺・甲状腺・その他()》

氏名 _____ 様

生年月日(M・T・S・H) 年 月 日

性別 (男性・女性)

《検査日時》 平成 年 月 日 (曜日)
午前・午後 時 分

【お願い・注意事項】

- ★ 検査予定時間の5分くらい前までに、総合受付(1階)にて受け付け後、2階の生理検査室におこしてください。
- ★ この予約票を『超音波検査受付』のトレイにお出してください。
- ★ 検査時間は30分くらいです。
- ★ 検査のための注意事項は特にありません。
- ★ 検査の都合上、時間が若干前後する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ★ 来院できない場合は、お手数でも下記までご連絡ください。

柏市立柏病院

《地域医療支援センター》

電話番号 04 (7134) 1503

FAX番号 04 (7134) 1504

代表番号 04 (7134) 2000

<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>