

甲状腺超音波検査予約票

紹介医療機関名称

患者

様

検査日 平成 年 月 日 曜日
検査時間 午前 ・ 午後 時 分

超音波検査を受けられる方へ

- ・検査日に、この用紙を持って

1階 初診受付 までお越しください。

保険証等の確認をさせていただきます。

その後、放射線課受付 へご案内いたします。

- ・食事等の制限はありません。普段の生活でお越しください。

※ 都合が悪く検査に来られない場合は、必ず連絡をお願いします。

新城市民病院 放射線課

電話 (0536) 22-2171 (内線210)