

# 検査予約票

様

検査日

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_曜日

午前・午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

- (1) 胃カメラ
- (2) 胃透視
- (3) 腹エコー（超音波）
- (4) 心エコー（超音波）

予約時間の10分前までに来院し、総合受付にこの用紙を提出され予約検査の旨をお伝え下さい。

注意！！

○上記(1)～(3)の検査は検査前日の夜10時から検査が終了するまで、

飲んだり食べたりしないで下さい。【水・お茶・たばこ・薬も禁止】

○検査により予約時間が多少前後する場合がありますのでご了承下さい。

○ご都合が悪く来院出来なくなった場合は、早めにご連絡下さい。

○検査により注射を使用する場合がありますのでお車での来院はなるべく

控えて下さい。



TEL : 082-220-0221

FAX : 082-220-2812