

〈CT検査のご案内〉

患者氏名

予約日時

年 月 日 時 分

当日のご案内

- ① 受付手続きのため、検査予約時間の15分前にお越しください。
- ② 当日の持ち物は ①:CT検査のご案内
②:健康保険証 もしくはマイナンバーカード
③:診察券
- ③ CT検査費用 3割負担の方で4,500円程度
1割負担の方で1,500円程度

検査のご案内

- ① 検査時間は、15～30分程度です。
- ② 予約時間に多少の遅れが生じる場合がありますので、ご了承ください。
- ③ 検査当日、発熱等の症状がある場合、検査を受けることができない可能性があります。
- ④ 検査時は、化粧・アクセサリーは極力お控えください。
- ⑤ なるべくお着換えしやすい服装でお越しください。
- ⑥ 腹部検査を受けられる方は6時間前までに食事を済ませ、その後は食事をお控えください。
(少量のお茶・お水などの飲水は可能です。)
- ⑦ キャンセルされる場合、できるだけ早めにお電話にてご連絡ください。

医療法人社団 秀巧会
稲城わかばクリニック
〒206-0804
東京都稲城市百村1604-7
TEL:042-370-0530
FAX:042-370-0531