

豊橋医療センター

C T 検査予約票

【患者氏名】 _____ 様

【生年月日】 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日

【予約日時】 _____ 年 月 日 ()

午前 ・ 午後 ・ 時間外 (午後 時 分)

- ※ ・ 午前希望の方は9時から12時頃
- ・ 午後希望の方は12時頃から16時まで
- ・ 時間外の方は予約時間

に

放射線科受付（正面玄関からまっすぐ奥へ進んでピカピカ光る受付）へ直接
お越しください。（病院窓口、受付機による受付は不要です）

※お待ち頂く場合があります。ご了承ください。

【持ち物】

●医療機器共同利用依頼書

●マイナ保険証等 保険資格が確認できるもの
（緊急で診察が必要となった場合に備え、お持ちください）

※ 今回の検査は単純検査のため、食事・飲水・排尿等について制限はございません。
（ただし、お腹の検査については検査前3時間以内の飲食はご遠慮ください）

※ 1週間以内に胃・腸などのバリウムによるX線検査を受けられた方は必ず事前
にお知らせ下さい。

※ 検査後、画像データをお持ち帰り頂きます。
（当院から紹介元医療機関へ郵送する場合もございます）

※ 豊橋医療センターでのお会計はございません。紹介元医療機関でのお会計となります。

※ 検査予約日時の変更等は、紹介元医療機関へご連絡ください。

豊橋医療センター MRI 検査予約票

【患者氏名】 _____ 様
【生年月日】 T・S・H・R 年 月 日
【予約日時】 _____ 年 月 日 ()
 午後 時 分

※検査予約時間の30分前までに放射線科受付（正面玄関からまっすぐ奥へ進んでピカピカ光る受付）へ直接お越しください。（病院窓口、受付機による受付は不要です）

※お待ち頂く場合があります。ご了承ください。

【持ち物】

●医療機器共同利用依頼書

●マイナ保険証等 保険資格が確認できるもの
（緊急で診察が必要となった場合に備え、お持ちください）

- ※ 今回の検査は単純検査のため、食事・飲水・排尿等について制限はございません。
（ただし、お腹の検査については検査前3時間以内の飲食はご遠慮ください）
- ※ 1週間以内に胃・腸などのバリウムによるX線検査を受けられた方は必ず事前にお知らせ下さい。
- ※ 検査後、画像データをお持ち帰り頂きます。
（当院から紹介元医療機関へ郵送する場合もございます）
- ※ 豊橋医療センターでのお会計はございません。紹介元医療機関でのお会計となります。
- ※ 検査予約日時の変更等は、紹介元医療機関へご連絡ください。

豊橋医療センター
骨密度測定検査予約票

【患者氏名】 _____ 様
【生年月日】 T・S・H・R 年 月 日
【予約日時】 _____ 年 月 日 ()
 13時から16時の間

※検査予約時間内に放射線科受付（正面玄関からまっすぐ奥へ進んでピカピカ光る受付）へ直接お越しください。（病院窓口、受付機による受付は不要です）

※お待ち頂く場合があります。ご了承ください。

【持ち物】

●医療機器共同利用依頼書

●マイナ保険証等 保険資格が確認できるもの
（緊急で診察が必要となった場合に備え、お持ちください）

- ※ 今回の検査は、食事・飲水・排尿等について制限はございません。
- ※ 1週間以内に胃・腸などのバリウムによるX線検査を受けられた方は必ず事前にお知らせ下さい。
- ※ 検査後、画像データをお持ち帰り頂きます。
（当院から紹介元医療機関へ郵送する場合もございます）
- ※ 豊橋医療センターでのお会計はございません。紹介元医療機関でのお会計となります。
- ※ 検査予約日時の変更等は、紹介元医療機関へご連絡ください。