**市立青梅総合医療センター**

**放射線診断科検査予約票**

**（CT MRI RI骨密度検査 用）**

**患者氏名　　　　　　　　　　様**

**予約日時**　　　　年　　　月　　　日（ 　）　　時　　　分

**予約内容　□CT □MRI □RI □骨密度検査**

**《受付のご案内》**

検査当日は予約時間の**分前**までにお越しください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付場所 | 予約時間が17時までの方 | 1階紹介窓口 |
| 予約時間が17時以降の方 | 放射線診断科受付 |

**《ご持参いただくもの》**

○ 紹介状(診療情報提供書)

○ 保険証

○ 市立青梅総合医療センターの診察券(お持ちの方)

**《ご 注 意》**

　ご来院できなくなった場合には、市立青梅総合医療センター 地域医療連携室までご連絡ください。

**《交通案内》**

◎電車の場合

JR青梅線 河辺駅下車

徒歩約５分

◎車の場合

奥多摩街道

「市立総合病院前」を入る

**青梅消防署西**

**お問い合わせ　市立青梅総合医療センター　地域医療連携室**

**代表電話　0428-22-3191(内線5327)**

**受付時間　平日８時30分～17時まで**

**市立青梅総合医療センター**