

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

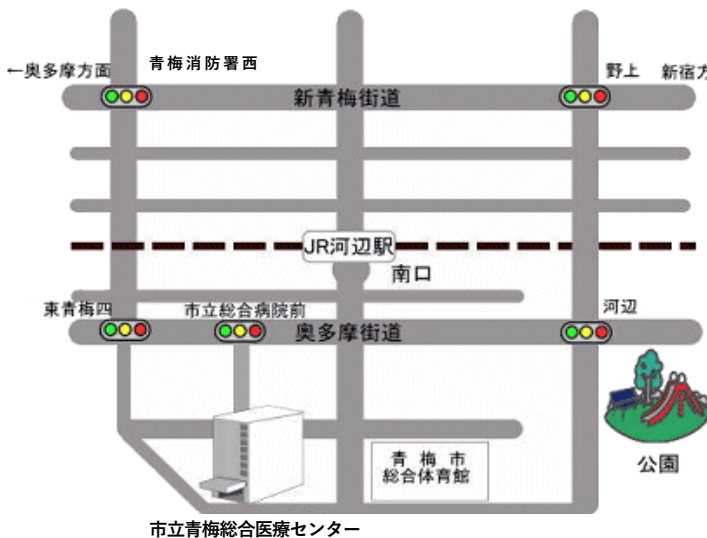
《ご持参いただくもの》

- 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」に入る

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