

予約票 (CT 検査)

氏名	様
予約日時	年 月 日 時 分
検査部位	
ご依頼元の医療機関	様

- ・当日は**本票、CT 検査依頼書**を必ずお持ちください
- ・当日は**必ず予約時間の 15 分前までに**お越しください。
- ・お食事や水分、お薬などの制限は特にございませのでご安心ください。
- ・その他、検査に関してご不明な点などがございましたら下記までご相談ください。

K kuwana
ophthalmology+
neurosurgery
clinic

桑名眼科脳神経クリニック

〒411-0911 静岡県駿東郡清水町久米田 27-1 TEL 055-975-2200 FAX 055-975-2311

