

# 超音波検査予約票

《心臓・乳腺・甲状腺・その他（ ）》

氏名	様
生年月日 (M・T・S・H・R)	年 月
日	

《検査日時》 20 年 月 日 ( 曜日 )  
午前・午後 時 分

【お願い・注意事項】

- 検査予定時間の5分くらい前までに、総合受付（1階）にて受け付け後、2階の生理検査室にお越しください。
- この予約票を『超音波検査受付』のトレイにお出してください。
- 検査時間は30分くらいです。
- 検査のための注意事項は特にありません。
- 検査の都合上、時間が若干前後する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 当日、急用等でご来院いただけない場合は、お早めに下記までご連絡下さい。

柏市立柏病院

《地域医療支援センター》

電話番号 04 (7134) 1503

FAX番号 04 (7134) 1504

代表番号 04 (7134) 2000

<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>