

この用紙を初診受付へお渡しください

## 造影CT検査予約票

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

### 【当日のご案内】

1. 受付時間 ご予約の20分前までにご来院ください。
2. 受付場所 1階 初診受付
3. 持ち物  紹介状  健康保険証  診察券 (以前、当院を受診された方のみ)  
 造影CT検査受診票 (この用紙)  同意書
4. 検査時間 1時間程度です。  
急患等により検査時間が前後することがございます。ご了承ください。
5. 検査費用 保険3割負担の場合で約10,500円

### 【検査の注意事項】

- 受診当日は絶食となります。(水・お茶はお飲みいただいて大丈夫です)
- ビグアイド系糖尿病服用中の方は、紹介元医療機関の指示に従ってください。
- 喘息・コード過敏症・腎機能異常の方は、造影剤検査ができない場合があります。

### 【交通のご案内】



#### 【電車でのアクセス】

JR根岸線 磯子駅より徒歩約10分

#### 【路線バスでのアクセス】

横浜市営バス(9・58・113系統)

京浜急行バス(110系統)

⇒間坂バス停下車 徒歩1分

#### 【お車でのアクセス】

国道16号線(下り)沿い 信号・磯子2丁目、  
間坂の間

首都高速湾岸線(神奈川線) 磯子出口より約7分

☆無料循環バスを運行しております。時刻表、もしくはホームページをご確認ください。

検査終了後、結果のCD-ROMをお渡しいたしますので、

必ず紹介元のクリニックに確認後、再受診して下さるようお願い致します。



医療法人 光陽会

磯子中央病院

〒235-0016 横浜市磯子区磯子2-20-45  
TEL: 045-752-1212(代表)