

# 歯科CT検査予約票

つるまライラッククリニック

〒242-0004

大和市鶴間2-11-29第2大和クリニックモール1F

☎046-204-5551

FAX046-204-5586

ID		予約日	年	月	日	曜日
フリガナ		予約時間	午前	時	分	
氏名			午後			
生年月日	M・T S・H	年	月	日	歳	※上記検査予約時間の10分前に御来院ください
連絡先	昼間 ( ) 自・勤 夜間 ( ) 自・勤	指示医師名				
住所	カルテと同					

予約時間の10分前にはご来院頂きますようお願いいたします

重要な内容です。ご一読ください。

※ 当日ご用意いただくもの    ○ 健康保険証    ○ 診療情報提供書

※ 食事・お薬について

医師から処方されたお薬は、特に指示がない限り服用して頂いて問題ありません

造影剤を使用する場合は、検査の4時間前から絶食をお願い致します。お水やお茶などの飲料はお飲み頂いて問題ありません。

