

CT検査予約通知表

患者様氏名： あまの 太郎

生年月日： 2000年 10月 10日

検査予約日時

2026年 〇月 〇×日 10時 30分

検査部位

頭部	<input checked="" type="radio"/> 胸部	腹部	骨盤部
脊椎	(頸椎・胸椎・腰椎)		
その他	()		

【注意事項】

- ・ 予約時間の15分前には来院いただきますよう、お願いいたします。
- ・ 来院時に受付へCT検査予約通知表と診療情報提供書（CT検査依頼書）原本、マイナンバーカードもしくは資格確認書を提出してください。
- ・ 検査日時の変更や来院できない時には、お早めにご連絡をお願いいたします。
- ・ その他ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

医療法人阪南会 天の川病院

大阪府岸和田市春木大国町8-4

072-436-2233（代表）