

青梅市立総合病院 放射線診断科検査予約票

(CT MRI RI 骨密度検査 用)

患者氏名 _____ 様

予約内容 CT MRI RI 骨密度検査

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

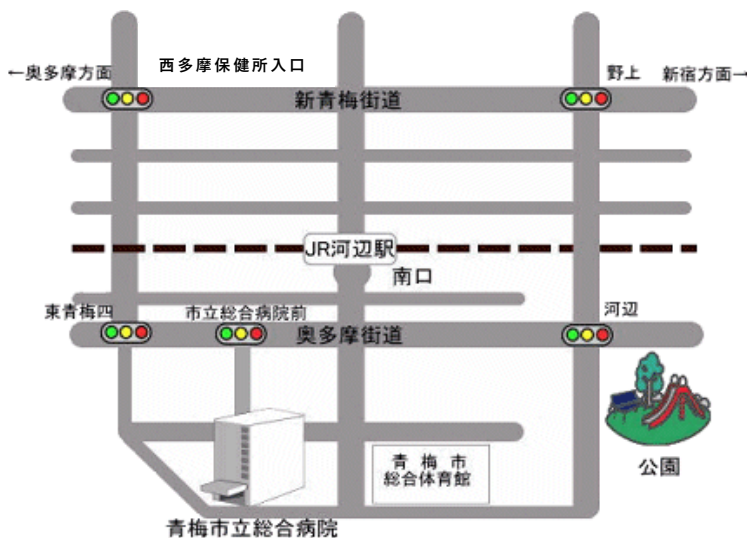
検査当日は **予約時間の _____ 分前**までにお越しください。

《受付場所》 **地域医療連携室窓口**

《ご持参いただくもの》

- 紹介状(診療情報提供書)
- MRI 問診票 (MRI 検査の方のみ)
- 保険証
- 総合病院の診察券(お持ちの方)

《交通案内》



◎電車の場合

JR 青梅線 河辺駅下車
徒歩約 5 分

◎車の場合

奥多摩街道
「市立総合病院前」に入る

青梅市立総合病院

住所 東京都青梅市東青梅 4-16-5

電話 0428-22-3191