患者様控え

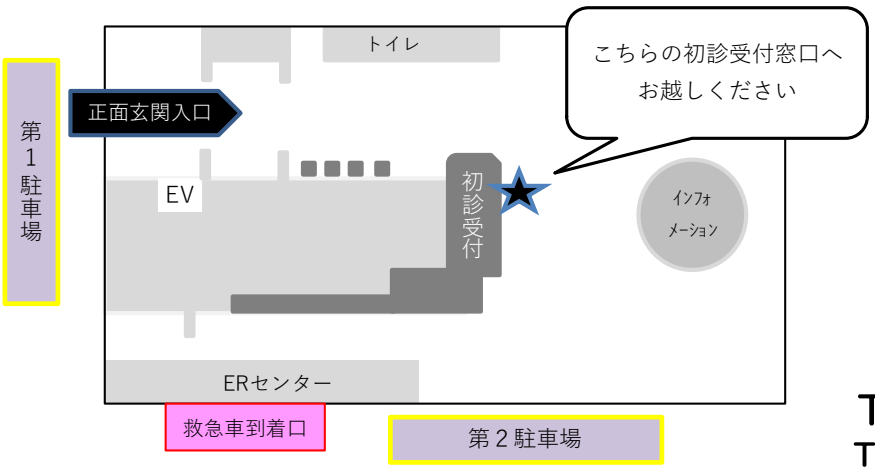
くまもと県北病院　MRI検査予約票
（植え込み型心臓電気デバイス使用患者様用）

紹介元 医療機関		医師名	先生

＊ご紹介元の医療機関様へ＊
こちらの予約票を、患者様またはご家族様へお渡しください　予約日は後ほどご連絡お願いします。

お名前	様		
診察予約日	年　　月　　日　　（　　曜日）		
来院時間	１３時３０分　までに 初診受付窓口へお越し下さい。	予約時間	14時20分
検査内容	MRI検査　（ MRI撮影前に植え込み型心臓電気デバイスの動作状況を確認いたします。）		
ご持参ください	● MRI検査予約票（本紙） ● 健康保険証 ● 診察券（お持ちの方のみ） ● お薬手帳（お持ちの方のみ） ● 障害者手帳（お持ちの方のみ） ● **条件付きMRI対応カード**（必須） ● **植え込み型心臓電気デバイス手帳**（必須） （例） （例）		

◆予約変更やお問い合わせは、当院営業時間に放射線受付番号か当院代表番号へお電話いただき放射線科へお尋ねください。
◆検査当日に上記持参物をお忘れになると検査ができなくなる場合がございます。ご了承ください。



くまもと県北病院
KUMAMOTO KENHOKU HOSPITAL

放射線科受付
TEL 0968-79-7325
TEL 0968-73-5000（代表）