

関節超音波検査を受けられる方へ

I D:

名前:

様

検査予約日時

年	月	日	曜日	時	分
---	---	---	----	---	---

です。

☆検査30分前までに、1階⑧番の初診受付にて保険証と紹介状を提出後
2階 生理機能検査室受付に この用紙と診察券を提出してください。

【検査内容】

1. 超音波(エコー)で、手や足などの関節を観察する検査です。
2. 痛みなどない検査ですから、安心してお受けになって下さい。
3. 検査に要する時間は30分程度です。

【注意事項】

1. 食事は普通になさって結構です。
2. 患部を出しやすい服装でお越しください。
3. 検査予約時間に遅れて来院されますと、お約束の日に検査できなくなる
ことがありますのでご注意ください。
4. 前の方の検査内容により、検査開始時間が多少前後いたします事を、予めご了承ください。

※来院できなくなったり、予約時間に遅れる場合は
早めに 生理機能検査室(内線2220)までご連絡ください。

大和市立病院: Tel 046-260-0111