**紹介患者予約票**

|  |  |
| --- | --- |
| **紹介医療機関名** |  |
| **氏　名** | **様** |
| **検査名** | PET－CT検査 |
| **検査日時** | **年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分** |
| **受付場所** | **小牧市民病院　２階総合受付（①紹介患者窓口）****※検査時間の30分前までに受付を済ませてください。** |
| **食事制限** | **朝食は検査当日の朝７時までにお召し上がりください。それ以降は絶食となります。** |
| **その他** | **当日お持ちいただく物、検査時の注意事項等につきましては、紹介医療機関様からお渡しされた「PET‐CT検査説明書（患者様用）」をご覧ください。** |

**院内案内図**　　　　　　　　　　　　　　 **周辺図**

**入口**

**入口**

**１F**

**２F**

小牧市民病院　患者支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL　0568－76－1434（直通）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX　0568－74－4516