心臓・甲状腺・頚部・乳房の
超音波検査を受けられる方へ

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

検査日時：　　月　　日　　曜日　　時　　分

受付（外来受付）を済ませ、この用紙を持って、
１階の生理検査室 B4 番へおいでください。

① 食事や飲み物は普通にとられてかまいません。
② ゼリーをつけて検査するため、着脱のしやすい服装をお願いします。
③ 検査中は良好な画像が描出できるよう、息止めや体位変換をお願いすることがあります。
④ 診察の状況によって予約時間より多少前後することがございます。ご了承ください。

※検査日時に不都合が生じた場合は早めにご連絡ください。調整させていただきます。
また、わからないことがありましたら下記へご連絡ください。

連絡先：社会福祉法人 十善会病院　生理検査室
電話：（代）095-864-0085