

別紙 b (患者様用)

お名前 _____ 様

CT 検査開始予定日時は

平成 年 月 日 (曜日) 時 分

となっております。

=====お読み下さい=====

検査施設は医療法人禎心会 セントラルCIクリニックです。

(住所 札幌市中央区大通西 17 丁目 1 番 27 号 札幌メディケアセンタービル)

検査開始時間 20 分前までにお越し下さい。

当日、遅れる場合は、直接当クリニックまで事前にご連絡下さい。

(検査予約状況により遅れた場合、検査できなくなる事もございます)

検査予約日を変更の場合は、歯科施設様にご連絡をお願い致します。

保険証等は一切不要です。

料金につきましては歯科施設様よりご説明されている通りです。

食事制限等はありません。

検査時間は内容により異なりますがおよそ 15 分 ~ 30 分程で終了致します。

検査状況により検査開始時間が前後する事がありますが、ご了承をお願い致します。

検査結果は、後日歯科施設様にお届け致します。

尚、不明な点等につきましては、歯科施設様又は下記に記載いたしました

当クリニックまでお気軽にお問い合わせ下さい。



医療法人 禎心会

セントラルCIクリニック

札幌市中央区大通西 17 丁目 1 番 27 号札幌メディケアセンタービル

TEL 011-623-1131

FAX 011-623-1132