

< 検査連絡票 > 検査予定日時、検査施設は下記のようになっております。

検査日時	20 年 月 日 () 時 分
検査施設	西の京病院 ・ メディカルプラザ薬師西の京 (どちらかに○をつけてください。)

※ 時間厳守の程、お願い申し上げます。

● 検査における注意事項

- ① 腹部超音波検査を受けられる方へ
 - ・検査時間の最低6時間前までに食事を済ませてください。
 - ・お水・お茶に限り検査時間の4時間前までは飲んでいただいても構いません。
- ② 膀胱・子宮・前立腺超音波検査を受けられる方へ
 - ・尿が溜まっている方が臓器の様子が鮮明になるため、検査の1~2時間前よりトイレはお控えください。
- ③ 心臓・乳腺・頸動脈・甲状腺超音波検査を受けられる方へ
 - ・特に絶食などの制限はございません。

● 検査当日について

- ① 検査当日は **上記検査施設** の1階受付にお越しください。
- ② 検査の状況によっては、時間が前後することがございます。予めご了承ください。
- ③ 事情により来院できない場合は、事前に当院までご連絡ください。

< シャトルバス案内 >

【運行時間】

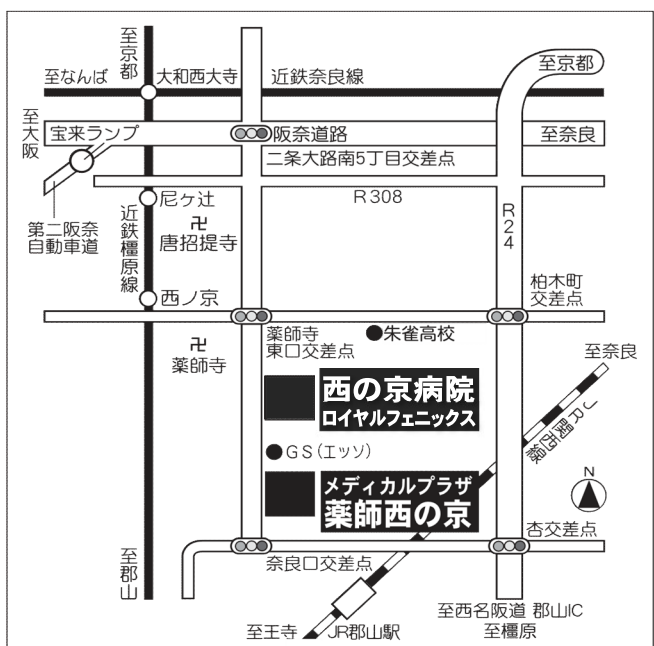
8 : 00 ~ 16 : 00



【のりば】

- ・近鉄 大和西大寺駅 南口 (毎時00、20、40分発)
- ・奈良交通 西ノ京駅バス停 (毎時10分発)
- ・近鉄 近鉄郡山 アスモ前 (毎時40分発)
- ・JR 郡山駅 西口 (毎時35分発)

< アクセスマップ >



< 紹介先医療機関 > 医療法人 康仁会 西の京病院
 医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京

検査日時	20 年 月 日 () 時 分
------	------------------

次回診察予定日	月 日 AM ・ PM
---------	-------------

< 紹介元医療機関 >

(フリガナ)			
氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	年 月 日		
連絡先	() -	診療科	科
診療区分	外来 ・ 入院 (病棟名)	紹介医師名	

検査項目 ご希望の部位を ○で囲んでください	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹部超音波 ・ 頸動脈超音波 ・ 甲状腺超音波 ・ その他() 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心臓超音波 ・ 乳腺超音波
------------------------------	---	--

臨床診断	
主訴	

< 現病歴・検査成績・手術既往歴等 >

＜ 紹介先医療機関 ＞ 医療法人 康仁会 西の京病院
医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京

検査日時	20 年 月 日 () 時 分
------	------------------

次回診察予定日	月 日 AM ・ PM
---------	-------------

＜ 紹介元医療機関 ＞

(フリガナ)			
氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	年 月 日		
連絡先	() -	診療科	科
診療区分	外来 ・ 入院 (病棟名)	紹介医師名	

検査項目 ご希望の部位を ○で囲んでください	・ 腹部超音波 ・ 頸動脈超音波 ・ 甲状腺超音波 ・ その他()	・ 心臓超音波 ・ 乳腺超音波
-------------------------------------	---	--------------------

臨床診断	
主訴	

＜ 現病歴・検査成績・手術既往歴等 ＞