

本川越病院 検査委託申込書 (受付確認票)

貴院名	電話:FAX	TEL: FAX:
-----	--------	--------------

患者様情報	患者様氏名	様
	氏名フリガナ	
	性別	M ・ F
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
	身長	cm(MRI撮影に必要な情報です)
	体重	kg(MRI撮影に必要な情報です)
	患者様電話番号(携帯電話希望)	
	患者様ADL	フリー ・ 車いす ・ ストレッチャー
	本川越病院ID番号(お持ちであれば)	

検査情報	希望検査項目	CT MRI エコー その他( )
	検査部位	
	外来診察希望	有 ・ 無
	当日希望	平日 年 月 日 時
	(予約希望)検査日希望(第1希望日)	平日 年 月 日 時
	(予約希望)検査日希望(第2希望日)	平日 年 月 日 時

備考	
----	--

<p>注意事項</p> <p>1 検査時間30分前に来院をお願いいたします。 (車にてお越しの方は、当院付近のタイムズ駐車場にお停めください。)</p> <p>2 検査日の変更・キャンセル等は、前日までに外来までご連絡ください。</p> <p>3 当院より予約日変更をお願いする場合がありますので、患者様のご連絡先は必ずご記入ください。 検査・受診当日は、保険証・紹介状・検査委託申込書・事前調査票を受付に提出してください。</p>
<p>病院名 : 医療法人刀圭会 本川越病院</p> <p>担当者 : 外来</p> <p>TEL : 049-222-0533 FAX : 049-224-2109</p>