

本川越病院 検査委託申込書 (受付確認票)

貴院名		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)検査希望日 (第1希望日)	平日	年	月	日	時
	(予約希望)検査希望日 (第2希望日)	平日	年	月	日	時

備考	
----	--

注意事項

- 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御停め下さい。)
- 2・検査日の変更 キャンセル等は、前日までに外来迄御連絡下さい。
- 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下さい
- 4・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下さい。

病院名 : 本川越病院
担当者 : 外来
TEL : 049-222-0533 **FAX** : 049-299-8822