

## 【検査予約票】

当院ID		
氏名		様

検査予約日

\* 検査予約時間の30分前には来院してください。

平成	年	月	日	曜日	時	分	～
----	---	---	---	----	---	---	---

実施検査名

--

検査当日の持ち物

- ①予約票（本紙）
- ②保険証（公費医療証をお持ちの方は合わせてご持参ください。）
- ③診療情報提供書（紹介状）

キャンセル・お問い合わせ

検査につきまして、ご不明な点がございましたら、  
当院 放射線科にご連絡ください。

医療法人新さっぽろ脳神経外科病院 放射線科（ほうしゃせんか）  
011-891-2500（代表） 内線162  
【平日8:45～17:15、土曜8:45～12:00】