



木沢記念病院 検査予約確認票

患者さま、ご家族さまへ

以下のようにご予約を入れさせて頂いております。当日はお気をつけてお越しください。当院駐車場、病院建物隣接のものは駐車台数がかなり限られており、そこに空きがない場合は少し離れた駐車場を警備員より案内させていただいております。時間に余裕をもってお越しください。

もしご予約の変更・取消しの必要が発生した場合は、下記問い合わせ先までご連絡ください。

ご紹介元 様 患者 様

当院 放射線 科 医師 担当医

予約日時 月 日 () 午前・午後 時 分

上記の 分程前にお越し下さい。又、状況により検査開始が遅れることもあります。

※ 受付場所は総合受付ではなく、下図の紹介患者様受付窓口です

当日窓口にお持ちいただくもの

1. 診療情報提供書（紹介状）
2. 画像データCD（あれば）
3. 診察券、健康保険証 類
4. お薬手帳（現在の処方を知るため）

問い合わせ先

木沢記念病院 レントゲン受付

TEL0574-24-1460

17時以降は

TEL0574-25-2181（代表）

または

TEL0574-24-1455（地域連携部）

（月～金 19時迄）

より予約担当者へお繋ぎします

