

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。もしご予約の変更・取り消しの必要が発生した場合は、下記お問い合わせ先までご連絡ください。当日はお気をつけてお越しください。

紹介元
医療機関名： 様 患者氏名： 様

診療科： 放射線 科 医師名：

予約日時： 月 日 () 午前・午後 時 分

上記の 分前にお越しください。また、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/相談受付』窓口です。

当日窓口にお持ちいただくもの

- 診察予約確認票(ある方のみ)
- 健康保険証、各種医療証
- 当院の診察券(お持ちの方)
- 検査データ(画像[CD-Rやフィルム]を含む)
- 診療情報提供書(紹介状)の原本
- お薬手帳(現在の処方を知るため)

お問い合わせ先

木沢記念病院 放射線技術部受付

TEL 0574-24-1460

17時以降は

TEL 0574-25-2181 (代表)または、

TEL 0574-24-1455 (地域連携部)より

予約担当者へお繋ぎします。

