

MRI・CT 予約申込書

令和 年 月 日

町立宝達志水病院

TEL 0767-29-3121

FAX 0767-29-3136

紹介医療機関

名称

医師氏名

TEL

FAX

◎当院診察券をお持ちの方は、氏名、生年月日、診察券番号のみ記載

患者情報	フリガナ			旧姓	
	氏名			姓	
	町立宝達志水病院 診察券ID番号		男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日			
	現住所	〒 -			
電話番号		携帯電話 番号			

検査を希望される日	令和 年 月 日	午前 午後 時	検査種類	MRI CT
検査項目	頭部・頭頸部・頸部・脊椎・胸部・血管系・腹部・骨盤 その他（ ）			

◎折り返し当院からの「予約票」が届きましたら、予約当日は「予約票」「紹介状」「健康保険証等（医療証など含む）」「お薬手帳」をご持参のうえ、予約時刻の15分前にお越しいただき、1階正面玄関総合受付で、手続きをしていただきますようお願いください。

予約受付時間 平日：8：30～17：00

<土日祝日および年末年始は予約受付していません。>