動脈硬化検査中込書(2025年10月改訂)

FAX 0853-30-6508

島根県立中央病院				年	月	E
放射線科 担当医 殿		<u>医療機</u>	関			
		<u>医師名</u>				
		TEL				
		FAX				
下記、患者の検査予約 を依頼いたし	ます					
フリガナ	□男	生年月日 ロT	□S	□Н □	IR	
患者さま氏名	□女	年	月	\Box	(歳)
患者さま住所						
電話番号())	_					
第一希望日	第	三希望日		第三希望日		
□AM □PM		□AM □PM				⊒AM ⊒PM
県立中央病院 診察券番号				なし	□不明	
	きりとり	つせん		_		

動脈硬化検査予約票

(当日持参してください)

次のとおり予約をしましたので、検査予約時間15分前までに検査予約票、保険証をご持参ください。 尚、診察券をお持ちの方は2階生理検査受付日へ、お持ちでない方は1階総合受付へお越しください。

131 07 73 73 0			110	*****		33,0	17001
お名前			様	ΙD	_	_	_
予約時間	月	В	()曜日	時	分	

注: やむを得ず来院できない場合(予約変更など)はお手数ですが依頼元医療機関まで必ずご連絡をおねがいします

島 根 県 立 中 央 病 院 入退院支援・地域医療連携センター 0853-30-6500