

受診予約票

令和 年 月 日

医療機関名: _____ 先生 侍史

下記患者様の予約が完了しましたのでFAXさせていただきます。ご確認よろしくお願いたします。

患者様情報

氏名	_____	当院ID	_____			
住所	<h1>見本</h1>					
生年月日				_____	性別	_____
電話番号				_____	_____	_____
_____				_____	_____	_____

受診診療科	内科・総合診療科・小児科・外科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科・脳神経外科		
	超音波検査【腹部・頸部・心臓】・胃内視鏡検査【経口・経鼻】 大腸内視鏡検査・CT・大腸CT・マンモグラフィー・骨密度測定(DXA)		
	*CT撮影部位: 頭部・胸部・腹部・その他() 造影(有・無) 血管造影(有・無)		
受診予約日	令和 年 月 日 ()	時間	_____
担当医	医師		

連絡事項

- * 受診予約票、検査予約票、紹介状、健康保険証をお持ちになり当日外来受付窓口にお越してください。
- * 予約時間の15分前には外来受付窓口にお越してください。
- * 当日の診察状況により予約時間から遅くなることがありますが、ご理解お願いたします。
- * 予約変更の場合は下記にご連絡お願いたします。

東近江市蒲生医療センター 地域連携担当:

FAX:0748-55-1178(直通) TEL:0748-55-1179(直通)

蒲生医療センター FAX:0748-55-1178 TEL:0748-55-1175(代表)

〒529-1572 滋賀県東近江市桜川西町340番地