

# 紹介検査予約票

患者様のお名前	
紹介元医	
予約日	平成 年 月 日( 曜日)
予約時間	午前・午後 時 分
受診科	内科・外科・小児・放射線・泌尿器
予約内容	CT・MRI・注腸透視・胃透視・大腸ファイバー・胃カメラ 心エコー・腹部エコー・マンモグラフィー・その他( )

## 患者様へ

検査予約票と(紹介状・レントゲンフィルム)・保険証を  
玄関入って右奥の紹介患者様専用窓口にご提出下さい。

検査を受けられる方は、下記のことにご注意下さい

食事(前日夕食・朝食・昼食)はとらないで下さい

水分は前日夜 時以降は控えて下さい

検査をキャンセルされる方、予約時間に遅れそうな方、検査  
等についてご質問がある方は、下記までご連絡下さい。

国立病院機構 東徳島病院 連携室 088-672-1171(代表)