

(様式4)

テスト医療機関様

診察予約票

2013年01月28日

I D	0090001265	依頼医院	テスト医療機関
患者氏名(カナ)	テスト ヨヤク		
患者氏名	テスト 予約		
性別	男性	依頼医師名	てすと診療所
生年月日	1946年12月7日	予約依頼日	2012年7月27日

依頼内容

予約先医院名	独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター
診察グループ	診療部 (共清) 医科
予約枠名称	地域連携テスト
I D (依頼先)	0090001265
予約日付1	2019年8月3日
予約時間1	09:00~09:30
予約日付2	
予約時間2	
予約コメント	<p>患者様の診療予約は、上記の通り取らせていただきました。</p> <p><u>当日は、10分前までに当院の診察券・保険証・放射線科宛の紹介状を持って、1階の紹介者専用窓口にて受付をお願い致します。</u></p> <p>予約日時の変更・キャンセルは紹介医療期間様よりお願い致します。</p> <p>(患者様からの受付はしておりません)</p> <p><注意事項></p> <p>腹部の検査の方は、朝食は午前7時までにはすませ、昼食は絶食にて来院して下さい。(水・お茶のみ飲まれても結構です。)</p> <p>腹部以外の検査の方は、特に食事制限はございません。</p> <p>MR I 検査同意書を検査当日ご持参下さい。</p> <p>独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センタ 地域医療連携室</p> <p>TEL 052-951-1206</p> <p>FAX 052-951-1207</p>