

## 【検査予約票】

当院ID	
氏名	様

検査予約日

\*検査予約時間の30分前には来院してください。

令和 年 月 日 曜日 時 分～

実施検査名

--

検査当日の持ち物

- ①検査予約票(本紙)
- ②保険証(公費医療証をお持ちの方はあわせてご持参ください。)
- ③診療情報提供書(紹介状)

キャンセル・お問い合わせ

検査につきまして、ご不明な点がございましたら、  
当院 放射線科にご連絡ください。

医療法人 脳神経研究センター 新さっぽろ脳神経外科病院 放射線科(ほうしゃせんか)  
011-891-2500(代表) 内線182  
【平日8:45~17:15、土曜8:45~12:00】