

MRI 予約票

患者氏名 _____ 様

あなたの検査は _____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 時 _____ 分 _____ 秒 _____ です

あなたの検査部位は _____ です

- * 検査予約時間の10分前までにお越し下さい。
- * 別紙説明書をよく読み、記入してお持ち下さい。
- * 予約日の変更、キャンセルは、ご連絡をお願いします。

以下は、御本人で記入してください。

(ID _____)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

生年

氏名 _____ 月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 男・女

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

 のじ脳神経外科・しびれクリニック

電話 046-225-4100

