

RI 検査予約票

患者氏名	様		
生年月日	年 月 日	才 ヶ月	男性・女性
検査予約日時	年 月 日()	時 分	
検査内容	RI 検査 (核医学検査)		

※注意事項(よくお読み下さい)

- ※ 当日は検査、**15分前**までにこの予約票と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。
 - ※ 各種検査により必要な事前準備が異なりますので、検査前日までに当センター中央放射線部までお問い合わせください。(電話番号はこのプリントの下に表記しています)
 - ※ 当院を初めて受診される方は、予約時間の **30分前**までにフロント受付で保険証を提示して、手続きをして下さい。
- ◆ 検査の都合上、待ち時間が長引くことがあります。
 - ◆ この予約票を提出後、トイレ・その他の用事で移動される場合は、必ず、放射線科受付まで申し出て下さい。

変更・キャンセルの場合

- ◆ 2日前までは、ご紹介元のクリニックにご連絡下さい。前日から当日は、中央放射線部までご連絡下さい。



奈良県西和医療センター
中央放射線部

電話:0745-32-0505
内線:2141