

血管造影検査予約票

患者氏名	様		
生年月日	年	月	日
検査予約日時	年	月	日() 時 分
検査内容	血管造影検査		

※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