

紹介元医療機関の方へ

下記に予約日時をご記入いただき、本人へお渡しくделаいますようお願い申し上げます。



国立病院機構 澁川医療センター  
患者相談支援センター 地域医療連携室  
TEL 0279-23-0626 (直通)  
FAX 0279-23-3294 (直通)

澁川医療センター放射線診断科でのあなたの画像検査（CT・MRI・核医学検査）を、下記のとおり予約いたしましたのでお知らせいたします。

検査予約日時：平成      年      月      日（      曜日）      時      分

#### お願い

1. 予約時間の30分前までにご来院くださいますようお願い申し上げます。ただし検査の予約進行状況により、検査開始が予定よりも遅れる可能性がありますことをご了承ください。
2. 来院の際には以下の書類をご持参の上、当院1階受付の「地域医療連携室窓口」までお越しください。  
（ア）保険証  
（イ）主治医が記載した診療情報提供書
3. 都合により検査をキャンセルまたは変更される場合は、早めに上記の地域医療連携室までご連絡ください。  
検査に関してのご質問等がある場合も、ご遠慮なくお問合せください。