

検査予約票

様

検査日時 平成 年 月 日 時 分

上記のお時間でご予約を承りました。
当日は予約時間の15分くらい前にご来院ください。

注意事項 必ずお読みください -----

- 検査のために絶食が必要です。
予約時間の_____時間前からお食事はお控えください。
- 着脱しやすい服装でご来院ください。
- 別紙問診票・注意事項を送付しております。
内容をご確認のうえ、問診票はご記入の上、当日ご持参ください。
- その他

その他ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

医療法人 光誠会 ゆうメディカルクリニック
大阪市東淀川区豊新 1-21-29
TEL 06-6327-0550 FAX 06-6327-0550