

広島西医療センターの予約のご案内

〇〇〇〇

様用 診療予約券

紹介元医療機関名

〇〇〇〇病院

〇〇〇〇担当医

予約券発行日 令和〇年〇〇月〇〇日

○診療当日は予約時間の15分前までに外来受付①窓口までお越し下さい。

診察券は再来受付機に通さないでください。

○当日は診療科の診療状況により診察までにお時間を要することがあります。

あらかじめご了承下さい。

○ご都合が悪くなられた場合又は、ご不明な点がございましたら下記連絡先までご確認をお願いいたします。

検査種別 PET-CT

検査項目 PET-CT(診療)

診 察 日: 令和〇年〇月〇〇日 〇時〇〇分

ご持参頂くもの

- 診療予約券(この用紙)
- 保険証
- 紹介状
- お薬手帳
- 本院の診察券(お持ちの方)

お問い合わせ先

独立行政法人 国立病院機構

広島西医療センター 地域医療連携室

TEL 0827-57-7183(内線 2140)

FAX 0827-57-7701