



# 新東京病院

## 検査予約確認票

### 予約日時

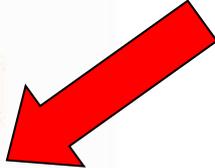
年 月 日 ( ) 時 分

(検査予約時間の30分前までに外来受付までおこしください。)

|      |   |    |      |       |
|------|---|----|------|-------|
| ふりがな |   | 性別 | 生年月日 | ( ) 歳 |
| 患者氏名 |   |    | 年    | 月 日   |
| 住所   | 〒 |    |      |       |
| 電話番号 |   | 携帯 |      |       |



新東京病院  
(和名ヶ谷クリーンセンター横)



#### お持ちいただく物

- 保険証
- 公費負担医療受給者証(お持ちの方)
- 紹介状(診療情報提供書)
- 検査説明書
- 同意書・腎機能評価(造影剤使用の方)

#### お問い合わせ先

新東京病院 地域連携室  
 〒270-2232  
 千葉県松戸市和名ヶ谷1271番  
 TEL:047-711-8700(代表)