

患者様用 PET-CT/SPECT-CT 共同利用 送迎申込 兼 予約票

●お名前 様			
●年 齢 歳	●性 別 男 ・ 女		
●お迎え場所ご住所			
●お電話番号 - -			
●自立歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
●検査日時 / () 時 分	●同行者 人		
●お迎え日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分			

【医療機関ご担当者様へ】

- 本紙は患者様用送迎申込兼予約票です。空欄にご記入いただき（「お迎え日時」欄を除く）、病診連携室に FAX してください。FAX 後、「お迎え日時」欄は空欄のまま本紙を患者様にお渡しください。**お迎え時間は、検査日前日（あるいは前々日）に当院から直接患者様にお電話でお知らせいたします。**患者様は、電話後「お迎え日時」欄に日付と時間をご記入ください。
- お迎え時間の目安は、検査予約時間の 1 時間～1 時間 30 分前です。



羽生総合病院

TEL.048-562-3000 (代)

FAX.048-562-5857 (連携直通)

当院使用欄			
日付	D	日付	P
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>