



|      |     |       |   |                      |          |
|------|-----|-------|---|----------------------|----------|
| ID   | 紹介  | 検査日時  |   |                      |          |
|      | 外来  | 年     | 月 | 日                    | 午前<br>午後 |
| 氏名   |     |       |   |                      | 時 分      |
| 生年月日 | 3病棟 | 依頼医師名 |   | 可能です                 |          |
|      | 4病棟 |       |   | 食事は<br>朝から・昼から 絶飲食です |          |
| 性別   |     |       |   |                      |          |

- ① この予約票は当日、受付にお出し下さい。
- ② 検査は30分程かかります。
- ③ 検査当日は予定時間の20分前にお越し下さい。
- ④ やむを得ず来院できない場合は下記まで、御連絡下さい。



医療法人  
有光会

サトウ病院

〒536-0023

大阪市城東区東中浜1-2-23 (東中浜1丁目バス停前)

TEL (06) 6961-3191(代)

FAX (06) 6961-0183

