

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

- ①この予約票は、当日受付にお出し下さい。
- ②検査当日は予定時間の20分前にお越し下さい。
- ③検査は30分程かかります。
- 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

