

検査予約申込書（FAX 用）	予約受付は前日午後 3 時までとさせていただきます。 さくら島村トータル・ケア・クリニック 〒270-2232 千葉県松戸市和名ヶ谷 1424-22 TEL：047-312-7600
FAX 番号：047-312-7321	

さくら島村トータル・ケア・クリニック 行

MRI 検査予約票

※下記枠内をご記入の上、FAX してください。

医療機関名
医師名
住所
電話番号
FAX 番号

(フリガナ)	
氏名	様
検査日	年 月 日 () 時 ☐ 読影なし（検査のみ）（14,500 円税抜） ☐ 読影あり （16,000 円税抜）※ 推奨いたします。 ☐ 送迎なし ☐ 送迎あり ※予約状況によってはご希望に沿えない場合があります
受診歴	無・有 さくら島村トータル・ケア・クリニック ID ()

・患者様へ

当日は下記をご持参のうえ、予約時間の 30 分前までに受付までお越しください。
腹部検査の方は検査前日の夕食より絶食して下さい。水分（水、お茶）は摂取可能。

- ☐MRI 予約票 （この用紙）
☐診療情報提供書 兼 MRI 検査依頼書（原本）
☐マイナンバーカード ☐資格確認書 ☐診察券（お持ちの方）

----- さくら島村トータル・ケア・クリニック記入欄 -----
検査予約日 月 日 時 分

上記お時間でご予約をお取りしました。

ご不明な点等ございましたら、さくら島村トータル・ケア・クリニックまでご連絡ください。