

放射線治療 診察予約受付表

紹介元医療機関

医師

先生

ご紹介いただきました 様 (ID:)

の予約手続きが完了いたしましたのでご通知申し上げます。

放射線治療科

担当医

医師

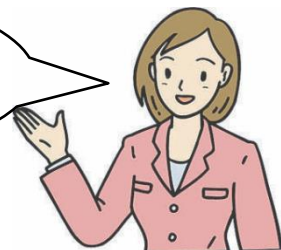
検査日 平成 年 月 日 () 午前 時 分
午後 時 分

忘れずにお持ちください！

- 診察予約受付表
- 健康保険証・医療証
- 放射線治療紹介状 (診療情報提供書)
- 関連データ
(採血データ 組織診の結果
画像データ 過去の照射記録)

当日は予約時間の10分前までに、紹介受付

(西館1階) までお越しください。



※ご都合により予約日時の変更が必要となった場合、必ず事前に『かかりつけ医』にご相談 (ご連絡) ください。なお、当日のキャンセルもしくは予約時間に間に合わないなどのご連絡は、府中病院 地域医療連携室まで、お願いします。