



新東京クリニック

検査予約確認票

予約日時

年 月 日 () 時 分

(検査予約時間の30分前までに2番 診療受付までおこしください。)

ふりがな		性別	生年月日	(歳)
患者氏名			年	月 日
住所	〒			
電話番号		携帯		



お持ちいただく物

- 保険証
- 公費負担医療受給者証(お持ちの方)
- 紹介状(診療情報提供書)
- 検査説明書
- 同意書・腎機能評価(造影剤使用の方)

お問い合わせ先

新東京クリニック 地域連携室

〒271-0077

千葉県松戸市根本473-1

TEL: 047-366-7000(代表)

**新東京クリニック
(松戸駅近隣)**