

予約票

フリガナ 氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)

【検査（予約）日時】

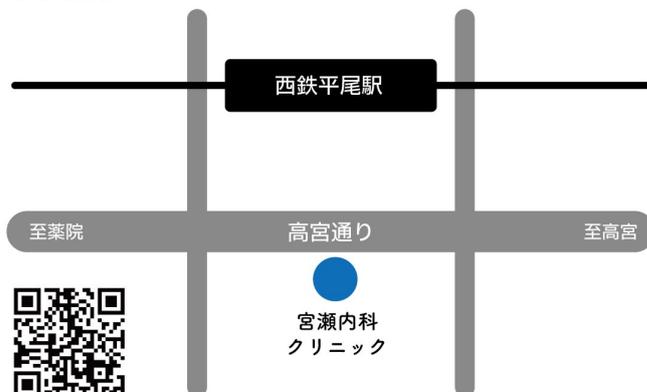
月 日 午前・午後 時

【ご予約の検査】

- 12誘導心電図 胸部レントゲン 血圧脈波検査（ABI）
心エコー 頸動脈エコー
簡易睡眠時無呼吸検査 精密睡眠時無呼吸検査

- 検査時間の15分前までに来院・受付をお願いします。
- 検査の進み具合で待ち時間が生じることがありますことをご了承ください。
- 結果は検査後当院で説明します。ご紹介いただいた先生にも報告します。
- 検査前の飲食は可能です。
- キャンセル、日程変更をご希望の場合は、お電話でご連絡下さい。

アクセス



スマートフォンでQRコードを読み込むとGoogle mapで表示されます。



宮瀬内科クリニック

TEL : 092-526-0200