

外来 嚥下検査予約表

平成 年 月 日

患者氏名 : 様

生年月日 : 年 月 日

*来院時、この用紙を受付にご提示ください。

● 検査項目 ●

嚥下内視鏡検査(VE 検査)

嚥下造影検査 (VF 検査)

● 検査予約日時 ●

平成 年 月 日() : ~

●当日の持ち物●

保険証

当院診察券、医療証等（お持ちであれば）

●注意事項●

食事：検査前 時間にはお済ませください

医療法人 櫻本会 櫻本病院

医療連携室

TEL 072(366)1818

FAX 072(367)3974