

〈内視鏡検査前のご案内〉

患者氏名

検査日時 年 月 日 時 分

* 検査日の3日前までに検査前受診をお願いします

内視鏡検査前受診の際

こちらを受付にご提示ください

医療法人社団 秀巧会
稲城わかばクリニック

〒206-0804

東京都稲城市百村1604-7

TEL:042-370-0530

FAX:042-370-0531