

フリーダイヤル FAX : 0120 - 720 - 078
 TEL : 0297 - 74 - 5551 (内線 1396)

検査依頼書

下記の項目についてご予約が
 できますのでご利用下さい。

紹介元医療機関名

TEL
 FAX

依頼検査名(希望検査箇所に○を付けて下さい)

放射線検査

MRA・MRI (部位)	造影・単純
※ペースメーカー装着	有・無
CT (部位)	造影・単純
《造影撮影を希望される方へ》	
※腎機能異常	有・無
インプラント術前CT	
消化管 胃・注腸・その他()	
超音波 腹部・甲状腺・乳腺・ 血管系ドプラ・その他()	
骨密度測定	
乳腺撮影	

生理機能検査

心エコー
ホルター心電図 24 時間
呼吸機能検査
24 時間血圧計

※核医学検査(シンチ)につきましては、内線 1257に

放射線治療につきましては 医療
 連携室 に直接申し込んで下さい

◎希望受診日、希望曜日等ご記入下さい。

受診希望日 年 月 日 () 希望

決定をいたしましたら、ご連絡いたします。

フリカ`ナ 患者氏名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	TEL	

《保険証情報》

保険者番号					
記号・番号					
続 柄	本人 ・ 家族				

《公費・後期高齢者医療被保険者証情報》

公費・市町村番号					
受給者番号					
負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割				

※FAX 受付時間：平日 8:30~17:00 土曜日(第 1 3 5 週)8:30~12:00

時間外、休診日の FAX 送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、
 休み明けになります。(休診日：第 2、4 土曜日、日曜、祝祭日)