

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

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。

フリガナ 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)