

JA とりで総合医療センター医療連携室 行

フリーダイヤル FAX : **0120-726-514**

TEL : 【代表】0297-74-5551 (内線 1396) • 【直通】0297-86-7447

検査依頼書

紹介元医療機関名

TEL
FAX

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。

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) ※ペースメーカ装着 《造影撮影を希望される方へ》 ※腎機能異常	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・ 血管系ドップラ・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・令 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	枝番					

《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、5 土曜日、日曜、祝祭日)