

フリーダイヤル FAX : **0120-726-514**

TEL : (直通) 0297 - 86 - 7447

# 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

生理機能検査

MRA・MRI (部位)	造影・単純
※ペースメーカー装着	有・無
《造影撮影を希望される方へ》	
※腎機能異常	有・無
C T (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	

心エコー
ホルター心電図 24 時間
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。 ※ 当院受診歴 (有・無)

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。

フリカゝナ 患者氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	TEL

《保険情報》

下記に該当する方は○をつけて下さい。

生活保護 市町村 [ ]

自賠・労災 [ ]

※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)