

検査予約依頼表

病院名

紹介医

(フリガナ)

患者様氏名

様 性別 (男 女)

生年月日 M・T・S・H

年

月

日

(歳)

住所

電話

検査部位 目的 (具体的に)	造影の有無 (有 ・ 無 ・ 一任)
----------------------	----------------------

1. 傷病名
2. 紹介目的 (検査後に当院での診察を 希望する ・ 希望しない)
3. 既往歴及び家族歴
4. 現在の処方
5. 備考
6. 検査結果受け取り方法 読影 (mail ・ FAX ・ 患者持ち帰り ・ 読影不要) 画像 (郵送 ・ 患者持ち帰り) (通常 ・ 至急) mail、FAX 希望の場合は宛先を記載してください。 宛先 画像データ CD-R 追加 (不要 ・ 必要 部)

※読影が必要ない場合、検査終了後に画像データ(1部)お渡しできます。

※検査のみ希望の場合は2~4は記入しなくて構いません。