

## 検 査 依 頼 書

※下記項目にご記入ください (☑して下さい)

希望検査: CT MRI 核医学 (RI) 超音波 (US) 骨密度 (DXA) 放射線治療 (外来)  
 部 位: 頭部 頸部 胸部 腹部 その他 ( )  
 検査内容: 単純  
 希望日時: 年 月 日 ( ) 午前 午後 希望なし

傷 病 名:

臨床情報:

※詳細につきましては紹介状にご記入願います。

※ MRI の予約の場合は必ずご記入ください。

ペースメーカー (無・有) 金属埋め込み (脳動脈瘤クリップ・ステント・人工関節など) (無・有) 閉所恐怖症 (無・有)  
 入れ歯 (磁石で固定するタイプ) (無・有) 入れ墨・アートメイク (無・有)  
 妊娠初期 (13 週以内)・もしくは妊娠の可能性 (無・有) 手術歴 ( ) 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

貴医療機関名

住 所 〒

貴 医 師 名

TEL: ( ) FAX: ( )

ご紹介いただきます患者様についてご記入ください。

フリガナ	
ご氏名	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日

貴院 I D No. \_\_\_\_\_

男 ・ 女 年齢 歳

受診歴 有 無 不明

住 所 〒 \_\_\_\_\_

県 区

東京都 市 町

電 話 ( )

保険情報 ※保険証・各受給者証のコピーを FAX してください。又は下記欄にご記入ください。

保険者番号									
記号		番号							
公費負担番号									
公費負担受給者番号									

被保険者との続柄
本人 ・ 家族

資格取得日:

有効期間: ~

受付時間 月～金 8:30 ~ 16:30

TEL 042-526-5613 FAX 042-526-5547

※ 予約取得後、予約通知書を FAX にてご返送いたします。

※ 時間外・休日のお申込は、翌日受付となります。お急ぎの時はお電話にてご連絡をお願いいたします。