

依頼検査申込用紙（法人外）

健生病院 中央受付

TEL 0172-55-7717（内線4100）
FAX 0172-55-7738

依頼施設名 _____

電話 (_____) - _____

Fax (_____) - _____

※の箇所は健生病院・救急外来中央受付で記載します。

担当者 _____

※患者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

氏名 (カナ)											性別	生年月日			職業	被保険者との続柄
											男 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)				
住所	住所は、郡・市町村・番地等詳しく記入してください。															
	[] [] [] - [] [] [] []															
電話番号 (_____)												—		世帯主		

検査希望日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時 ~ 時
	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時 ~ 時
※検査日時	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時 分
検査項目 □にし印	<input type="checkbox"/> 頭部CT (単純)	<input type="checkbox"/> 胸部CT (単純)
	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤CT (単純)	<input type="checkbox"/> その他のCT (_____)
検査項目 □にし印	<input type="checkbox"/> 頭部MRI (単純)	<input type="checkbox"/> MRCP (単純)
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> その他MRI (_____)
※造影検査は受けつけていません。		
検査目的		
読影	<input type="checkbox"/> 不要 (検査依頼のみ)	<input type="checkbox"/> 必要 (後日郵送となります) 郵送先 〒 _____ (住所)
食止め	腹部・骨盤部・MRCPの検査の場合は、食止めとなります。 (AMの検査の場合は朝食止め、PMの検査の場合は昼食止め)	

【当日持参するもの】当日は健生病院中央受付へ以下のものを提出してください。

- ・ 保険証
- ・ 依頼検査申込用紙（法人外）（原本）
- ・ 問診票 ※MRI検査依頼の場合のみ

検査当日は予約時間の30分前までにご来院ください。