



ボバース記念病院 行
FAX番号 06-6962-8064

FAX 検査申込書

★FAX受付時間

平日午前8:30~午後5:00までに送信下さい。

年 月 日

送信枚数(本書含む 枚)

医療機器共同利用依頼書兼照射録 (CT)

日 時 年 月 日 () 時

検査の種類・部位を○で囲んでください。

CT : 頭部 胸部 腹部 骨盤部 脊椎 四肢 その他 ()
副鼻腔 内耳

画像レポート依頼 (オプション)

読影レポート : 不要 ・ 依頼 (通常 ・ 至急)

紹介元医療機関

所在地及び名称

電話番号 () -

FAX番号 () -

医師名

◆ご紹介患者様

フリガナ	性別	生年 月日	年 月 日
患者氏名	男・女		(歳)
現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 町 村	都 府 道 県	市 郡 区 マンション名 号室
連絡先	() - () - ()		

※必ずご本人につながる番号を記入してください。

検査目的、症状、経過等をご記入下さい。

当法人受診歴 有・無

当院での画像検査歴 有・無

・事前FAXの場合検査までスムーズにご案内できます。