

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 (歳)
患者氏名		男・女		
現住所	〒		都 府 市 区 道 県 郡	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。