

依頼検査申込用紙（法人外）

健生病院 中央受付

TEL 0172-55-7717
FAX 0172-55-7718

依頼施設名 _____

電話 () - - _____

※の箇所は健生病院・受付担当が記載します。

Fax () - - _____

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	明治・大正・昭和・平成・令和				
											女	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✓印	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> 骨密度（腰椎・左大腿骨）	
	<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（)	
	<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（)	
※造影検査は受け付けていません。			
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）
- ・ 問診表 ※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。