依頼検査申込用紙 (法人外)

健生病院 中央受付

TEL 0172-55-7717 FAX 0172-55-7738

依頼施設名)
		<u>Fax</u> ()
※の箇所は個	建生病院・受付担当が記載します。		
		-	
000000000000000000000000000000000000000		1	
※患者番号			
		性別 生年月日	職業 被保険者との続柄
氏 名		男明治・大正・昭和・平成・令和	
カ		女 年 月 日(歳)	
 	郡・市町村・番地等詳しく記入してください。		
住 所			
電話番	号 () —	世帯主	
10-	年 月	日 □午前 ・ □午後	時 ~ 時
検査希望日	年月	日 □午前 ・ □午後	時 ~ 時
検査日時	年月	日 □午前 ・ □午後	時 分
	□ 脳波	□ 骨密度(腰椎・左大腿骨)	
	□ 頭部CT (単純)	□ 胸部CT(単純)	
	□ 腹部~骨盤CT(単純)	□ その他のCT()
検査項目	□ 頭部MRI(単純)	□ MRCP(単純)	
□に✔印	┃ ┃□ 頸椎 □ 腰椎	_ □ その他MRI ()
	***		·
<u>KEU13</u>			
 読影	□ 不要(検査依頼のみ)	□ 必要(後日郵送となります)	
		— ■ ● ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
		(住所)	
		S (minute) 2 1 2	
	 腹部・骨盤部・MRCPの検査の場合は、食		
食止め	(AMの検査の場合は朝食止め、PM検査の		

【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