

検査依頼書

(紹介医→K S・MCR)

FAX (0532)62-6770

光生会病院 御中

令和 年 月 日

検査希望日 月 日 () 希望

検査日は病院の診療体制にゆだねる

○検査名

C T (造影剤 有・無)

MR I (造影剤 ガドリニウム、リゾビスト ・無)

マンモグラフィー 超音波 ()

胃カメラ 大腸内視鏡

★部位記入欄【 】

☆ 氏名		男 女	住 所	
☆ 生年月日	M・T・S・H 年 月 日	☆ 歳	電話	() -
光生会病院受診実績	有 ・ 無		年 月頃	科
<input type="checkbox"/> 患者医療情報 ★感染症 (有・無) (検査あり→MRSA・HCV・HBV・その他) (検査なし) ★その他 ()				

☆欄は保険証コピー添付の場合、記入不要です。

***内視鏡検査依頼の場合、抗凝固剤・血小板凝集抑制剤に関して(様式—3)もお願いします。**

***診療情報提供書を併せてFAX頂けると幸いです。**

☆通信欄 (検査に関する病名のご記入願います)

☆保険証等コピー添付欄