

検査依頼票

(船橋二和病院用)

お電話で予約取得後、船橋二和病院 医事課へ FAX のご返送をお願いいたします。

※ 「診療情報提供書」、「問診票 (※MRI 検査のみ必要)」もあわせてご返送ください。

※ MRI 検査については、検査が出来ない場合がございます。

問診票にて検査が出来ることを必ずご確認ください。

ふりがな 氏名		ご紹介 施設名	
性別	男 ・ 女	ご紹介 医師名	
生年月日	年 月 日	検査項目	☐ CT 検査 ☐ MRI 検査 (問診票あり) ☐ マンモグラフィー検査 ☐ 骨塩定量検査
検査予定 日時	年 月 日 () 時 分		
当院受診歴	有 ・ 無 (最終来院日 : 年 月)	ご紹介施設 FAX 番号	
※ 検査依頼内容は、診療情報提供書に記載をお願いします			

【注意事項】

腹部を含む検査の場合、午前検査は朝食を、午後検査は昼食を食べないようにご説明お願いいたします。水と服薬は可能になります。