

検査依頼書 兼 診療情報提供書

(船橋二和病院用)

依頼日 年 月 日

紹介先医療機関

社会医療法人社団 千葉県勤労者医療協会

船橋二和病院 放射線科

TEL 047 (401) 2344 (放射線科直通)

FAX 047 (448) 7158 (病院医事課)

〒274-8506 千葉県船橋市二和東 5-1-1

紹介元医療機関

医療機関名	
担当医師名	
電話番号	
住所	

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者様氏名		☐ 男	大正・昭和・平成・令和
住所		☐ 女	年 月 日生
		電話番号	

検査内容	☐ 単純 CT ・ ☐ 単純 MRI ・ ☐ 骨密度 (DXA 法) ・ ☐ MMG	
	検査部位	

予約日時	20 年 月 日 曜日・時間 (時 分)
------	-----------------------

診療情報	疾病名 / 既往歴	
	紹介目的	
	備考	

【紹介元医療機関さまへ】

ご予約は、放射線科の直通電話へお願いいたします。

船橋二和病院 放射線科直通 TEL 047-401-2344

ご予約後に、『検査依頼書 兼 診療情報提供書』、『検査予約票』、MRI のみ『問診票』を医事課へ FAX でご送信お願いいたします。

船橋二和病院 病院医事課 FAX 047-448-7158



船橋二和病院