

検査依頼表（診療情報提供書）

お申込み日 平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地・名称

所在地

TEL

FAX

名称

ご担当者名

医師

ご予約日時 平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

フリガナ	生 年 月 日
患者氏名 男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所 〒	
電話番号（日中連絡のとれる電話番号）	

検査依頼内容	
<input type="checkbox"/> CT 検査 (部位)	<input type="checkbox"/> 超音波検査 (心臓・腹部・頸動脈・副甲状腺)
<input type="checkbox"/> X 線検査 (部位)	<input type="checkbox"/> 骨密度 (前腕骨・腰)
臨床診断名	手術歴
	薬物アレルギー
検査目的	
※画像データは、検査終了後に患者様へ CD-R でお渡しをしております。 検査結果の返送期限 <input type="checkbox"/> 出来上がり次第 <input type="checkbox"/> 翌診療日 (月 日まで)	

医療法人財団百葉の会 銀座医院

〒104-0061 東京都中央区銀座 4-12-15

歌舞伎座タワー16階

TEL 03-3541-1151 / FAX 03-5565-9199