

検査申込書

みどり病院 外来センター 御中
〒501-3113 岐阜市北山1丁目14番24号
FAX (058)243-0682
TEL(058)241-0681

令和 年 月 日 (紹介元)

医療機関名
医師名
TEL:
FAX:

患者情報	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		性別	
	郵便番号	〒		
	現住所			
	電話			

●希望検査(下記の希望検査に○を記入してください)

検査項目	予約不要 診療時間内の対応が可能です。	<input type="checkbox"/> 単純CT(頭部・胸部・腹部・胸腹部)⇒ <input type="checkbox"/> 読影(希望・不要)
	予約検査 検査日時の予約が必要です。	<input type="checkbox"/> MRI(単純= 頭部・胸部・腹部) ⇒ <input type="checkbox"/> 読影(希望・不要) <input type="checkbox"/> MRI(単純= その他の部位()) ⇒ <input type="checkbox"/> 読影(希望・不要)

●特記事項(検査実施する上での注意事項等がある場合はご記入願います。)

詳細指示・傷病名・紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過・検査結果および治療結果・現在の処方
解析ポイント・備考等

●希望日時

第1希望 ① 月 日 AM:PM (時 分)
第2希望 ② 月 日 AM:PM (時 分)
時間未指定

決定日時: 月 日 AM:PM (時 分)

みどり病院から(確認内容)

【確認】