

FAX送信用紙

検査申込書

送付先 医療法人 熊谷総合病院 地域医療連携室

TEL 048-525-6779 (直通)

FAX 048-525-6769 (直通)

申込年月日	年 月 日 ()		
申込医療機関名			
電話番号(問合せ先)	TEL	(担当:)	
FAX番号	FAX		
患者様名	フリガナ		
	氏名		
性別	男 ・ 女		
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
検査名(ご依頼される項目にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 骨塩測定 <input type="checkbox"/> MRI(MRCP) <input type="checkbox"/> R I		
部位	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> その他()		
造影剤の有無	有 ・ 無		
検査のご希望日	第一希望	月 日 ()	AM・PM
	第二希望	月 日 ()	AM・PM
	第三希望	月 日 ()	AM・PM
保険 交通事故・労災の場合チェック	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災		

※ 電話による予約では、氏名・生年月日の聞き間違いがありますので、お手数ですが

検査予約の際FAXをお願いいたします。(イチ月⇔シチ月 ・ マツダ⇔マツバ)

FAXは受信後、予約を取り5分前後に、こちらからご連絡いたします。

※ 希望日が特にない場合は、都合の悪い日時等をスペースに記入してください。

※ 当院の時間外・休診日にお申込みいただいた場合は、翌診療日にご連絡いたします。