

FAX用検査依頼書

年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人社団三思会 東邦病院

紹介元医療機関名

所在地

※内視鏡検査の場合は午前中のみとなります。

検査希望日 (無・有)	第1希望	月	日	(午前・午後)
	第2希望	月	日	(午前・午後)

TEL

FAX

医師名

「TONARI」用 貴院ID
(画像閲覧サービス)

※「TONARI」とはインターネットによる検査結果閲覧サービスです。契約されている医療機関のみご記入ください。

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生
患者氏名							()歳
住 所	〒 -						
	TEL	()	携帯	()			
検査項目	1.CT (造影剤 無・有) 2.MRI (造影剤 無・有)			3.内視鏡			
検査部位	頭脳	顔面/副鼻腔	頸部	胸部	腹部	骨盤腔	頸椎 胸椎
	腰椎	関節()	四肢()	その他()	胃・大腸 (経口・経鼻)		

※保険証・各受給者証のコピーと共にFAXして下さい。

※保険証等がない場合は貴院カルテの表書きをFAXにてお送り下さい。

◀東邦病院記入欄▶

検査予約通知書

下記のとおり()様の予約をおとりいたしました。(患者様へお渡し下さい。)

検査予約日:	年	月	日()
		時	分より
検査項目:	CT・MRI (造影剤 有・無) 内視鏡 (胃 経口・経鼻・大腸)		
検査部位:			

(CT・MRI検査で造影剤を使用する場合は検査前の禁食をお願いします。)

〈患者様へお知らせ〉

持参していただく物 : 紹介状、保険証、予約通知書(本書)、お薬手帳

受付 : 受付窓口 (検査予定時間の30分前においでいただき本書をご提示下さい)

※検査時間に多少のずれが生ずる場合もございますのでご容赦下さい。

〈休診日〉

土曜日(第1・3・5週は午前のみ診療)、日曜日、祝日、年末年始(12月30日～1月3日)

★ご都合により予約の日時にご来院できない場合は地域連携室 医療連携担当までご連絡下さい。

医療法人社団三思会 東邦病院

〒379-2311 群馬県みどり市笠懸町阿左美1155 TEL:0277(76)6311(病院代表)

地域連携室 医療連携担当(直通) TEL: 0277(76)1027 FAX : 0277(76)1028

ホームページ http://www.toho-hp.jp/