

FAX用検査依頼書

年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人社団三思医光会 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。

TEL

FAX

医師名

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)

フリガナ				大・昭・平・令	年	月	日生
患者氏名				男・女	生年月日	()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	4.エコー
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()			(経口・経鼻)		心臓 腹部 その他()	
体内金属	有 (ペースメーカー・除細動器・その他 →)・無・不明						

※保険者番号がわかるものをFAXにてお送り下さい。

※大変お手数ですが、紹介状出来上がり次第FAXにて送っていただきますようお願い致します。

《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:	令和	年	月	日()	時	分	より
検査項目:	CT・MRI (造影剤 有・無) / 胃内視鏡 (経口・経鼻) / エコー (心臓・腹部)						
検査部位:							

《患者様へお知らせ》

持参していただく物 : 紹介状、マイナ保険証または資格取得証明書、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。

《事前予約受付時間》 平日 9:00~18:15 / 土曜日 9:00~12:30 (第1・3・5のみ)

《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下記までご連絡下さい。

医療法人社団三思医光会 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(直通) TEL: 0277(76)1027

FAX: 0277(76)1028

ホームページ <http://www.toho-hp.jp/>