

いすゞ病院検査申込用紙

FAX03-3762-9129

依頼元医療機関名			
電話番号		FAX番号	
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	M T S H R	年 月 日	性別 男 ・ 女
保健種別	自賠責	労災	その他()

検査目的を記入して検査機器、部位に○をしてください

検査目的:主訴ならびに病歴

[]

CT	単純					
	頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	その他()

MRI	単純					
	頭部	頸部(甲状腺etc)	腹部	骨盤(子宮卵巣、前立腺)		
	頸椎	胸椎	手関節(右・左)	胸腰移行部	腰椎	
	股関節(右・左)	膝関節(右・左)	足関節(右・左)			
その他()						

検査希望日

第1希望	月	日 ()	:	頃
第2希望	月	日 ()	:	頃

いすゞ病院記入欄

予定確定日

月 日 ()

予約時間の30分前にいすゞ病院総合受付へこちらの用紙をお出しください

検査前に診察(問診)を致します

*MRI検査の場合は、MRIチェックシートを一緒にお出しください

2025. 4. 1作成