東住吉森本病院　検査予約依頼書ＦＡＸ用紙

地域医療連携センター 直通ダイヤル
ＦＡＸ：０１２０－１０－５２６０
ＴＥＬ：０１２０－６５－０３４３

ご紹介患者様	ふりがな		性別	男 女	生年月日	明・大・昭・平
	氏名					年　月　日

ご紹介医療機関	貴院名		医師名	先生
	ご住所	（〒　－　）		
	連絡先	☎　－　－　ＦＡＸ　－　－		

検査ご希望日	①　月　日（　）②　月　日（　）③　月　日（　）

検査依頼項目	□ ＣＴ □ ＭＲＩ	□ 頭部・脳　□ 胸部　□ 腹部　□ 骨盤 □ 四肢（肩・肘・手・股・膝・足関節） □ 脊椎（頸・胸・腰）　□ その他（　）	□ 単純 □ 造影	□ 右 □ 左 □ 両
	□ 胃カメラ　□ 大腸ファイバー　□ 胃カメラ・大腸ファイバー ＊大腸ファイバーをご希望で、抗血小板薬、抗凝固薬、DOAC服用中は下記へ記載下さい。 □ 服用なし　□ 服用あり（　） □ 希望医師あり（　先生）　□ 女性医師希望あり			
	□ その他検査（　）			

＊医療機関専用