

電話予約お願い致します

TEL 0568-77-1301

医療機関名			
紹介医師名			
住所			
TEL		FAX	

下記患者さんについて検査依頼を申し込みます。

予約検査日	年	月	日	午前・午後	時	分
-------	---	---	---	-------	---	---

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	年 月 日
TEL			

希望検査部位	
病名	
検査目的	
臨床所見	

検査データ	CD-R ・ フィルム
-------	-------------

※この検査依頼票での依頼は検査のみの依頼となり、患者様への診断結果の説明、治療は行っておりません。