

オープン検査のご依頼ありがとうございます。
依頼票にご記入いただきFAXをお願いします。

- *ご希望の検査にチェックを入れて下さい
- *○の箇所は必ずご記入ください
- *検査日はあらかじめ電話でご予約下さい

検査依頼票(横浜東邦病院行き)	
記載年月日: 令和 年 月 日	
クリニック名: _____	
1. 希望する検査にチェックを入れてください。 2. 検査結果は当日お渡しします。また当院放射線科医による読影希望の方は一週間後に結果を郵送致します。	
CT	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 腹部～骨盤腔 ☐ 骨盤腔 ☐ 他部位コメント
エコー	☐ 腹部 * 検査当日絶食 ☐ 心臓 * 心電図持参(6ヶ月以内) ☐ 有り ☐ 無し 無しの場合心電図の依頼をお願いします ☐ 頸動脈 ☐ 下肢静脈 ☐ 下肢動脈 * 同日に複数項目のエコーは出来ません(心臓との組み合わせのみ可)
MRI	☐ 頭部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 股関節(右・左) ☐ 膝関節(右・左) ☐ 足関節(右・左) ☐ 肩関節(右・左) ☐ 肘関節(右・左) ☐ 手関節(右・左) ☐ 他部位コメント
生理検査	☐ CAVI/ABI ☐ 心電図
その他	☐ アミノインデックス(AIRS,AIGS) * 要予約 TEL 045-741-2511(代表) 注意事項・問診あり
TV	☐ 胃バリウム * 朝食抜き(午前のみ) * 当院にて問診あり
骨密度測定	☐ DEXA(腰・股関節)
フリガナ氏名(漢字) _____ 性別 男・女	
生年月日 M・T・S・H _____	
住所 _____	
検査目的 _____	
既往・症状・検査値など _____	
X-P	☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 脊椎全長 ☐ 他部位コメント
読影	☐ 有り ☐ 無し
CD-R複数枚希望	☐ _____ 枚
検査日 令和 年 月 日 : ~	
本人サイン _____	
CT・MRI・XP・TV・骨密度の予約は → TEL 070-5581-6373 FAX 045-715-3056 エコー・生理検査の予約は → TEL 070-5556-7237 FAX 045-730-5630	
※ 電話が繋がらない場合 → TEL 045-741-2511(代表) ○ 労務災害で受診される方はあらかじめ6号様式のご案内をお願い致します。 ○ 自賠責で受診される方は保険会社へ事前連絡をお願い致します。	

名前は 漢字・フリガナの
記入をお願いします

電話で予約した日時を
記入してください

CT・MRI・XP・TV・骨密度の予約は
045-715-3056 にFAX してください

エコー・生理検査の予約は
045-730-5630 にFAX してください