

記載年月日: 令和 年 月 日

検査依頼票(横浜東邦病院行き)

クリニック名: _____

- 希望する検査にチェックを入れてください。
- 検査結果は当日お渡しします。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
☐ 腹部～骨盤腔
☐ 胸部～腹部～骨盤腔
☐ 骨盤腔
☐ 他部位

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、心電図の依頼もお願いします)
☐ 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。
(心臓との組合せのみ可)

生理検査 ☐ CAVI/ABI
☐ 心電図

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

検査日 令和 年 月 日 :

※予約時間の15分前までに来院し受付して下さい

フリガナ

氏名 _____

生年月日 T・S 年 月 日 性別 男・女
H・R _____

住所 _____

検査目的 _____

既往・症状
など _____

当院受診歴 ☐ 有り ☐ 無し

本人署名 _____

骨密度 ☐ DXA(腰・股関節)

X-P ☐ 胸部
☐ 腹部
☐ 他部位

読影 ☐ 有り ☐ 無し

CD希望枚数 ☐ _____ 枚

CT・MRI・XP・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は → TEL 045-741-2511(代表)

○ 労務災害で受診を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。