

医療法人財団慈生会 野村病院

検査依頼書 (FAX用)

記入日 年 月 日

貴院名	
受診者氏名 <small>じゅしんしゃ しめい</small>	様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生
検査名	
検査部位	

造影希望	有・無	Film・CD (JPEG・DICOM)	後日郵送・持帰り	読影結果	FAX・持帰り・後日郵送
------	-----	----------------------	----------	------	--------------

【ご注意】フィルム・CDは返却不要となります。郵送費は自己負担とさせていただきます。  
別途コピーをご希望される場合は有料となります。

・検査希望日がございましたらご記入ください ( 年 月 日 ( ) )

・時間帯：午前・午後・いつでも (いずれかに○をお願いします)

・造影の希望：単純のみ・造影・適宜 (いずれかに○をお願いします)

・画像のコピー：要・不要 (いずれかに○をお願いします)

・画像の届け方：当日持ち帰り・後日輸送 (いずれかに○をお願いします)