医療法人財団慈生会野村病院検査依頼書(FAX 用)

貴院名：

受診者氏名：　　様　男・女　　生年月日：　　年　　月　　日

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】Film・CD は返却不要となります。郵送費は受診者様の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願います　　月　　日

時　間　帯：午前 ・ 午後 ・ 不問　　(どちらかに〇をつけて下さい)

造影の希望：単純のみ ・ 造影 ・ 適宜　　(どちらかに〇をつけて下さい)

画像のコピー：要 ・ 不要　　(どちらかに〇をつけて下さい)

画像の届け方：当日持帰り ・ 後日郵送　　(どちらかに〇をつけて下さい)