**検査依頼申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名 |  |
| 性別 | 男性　　　　／　　　　女性 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 当院のID（お持ちの場合） |  |
| 身長／体重 | ｃｍ／　　　　Ｋｇ |
| 血液生化学データ  （血清クレアチニン値は必須） | 月　　日のデータ  Ｃｒｅ |
| 病名 |  |
| 合併症 |  |
| 検査目的  （ご依頼の検査で得たい情報） |  |
| 読影結果の送付希望日※ | 月　　　　日まで |
| 備考（次回来院日など） |  |

※読影結果の送付希望日までに対応できない場合もございます。

ご不明点は下記にお問合せ下さい。

画像診断受付 TEL：[029-888-9213](tel:029-888-9213)

受付時間：月曜日～金曜日 午前9時～12時、午後1時～5時