

# 検査 FAX 申し込み

ご依頼日

月 日

ご依頼医療機関名			
ご住所			
お電話番号		連絡先部署名	
ご担当者名			

## ご依頼内容(チェックをお願い致します)

- 患者様に直接予約のお電話をする  
(こちらから患者様にお電話をして予約日時を決定します)  
⇒ 予約日時が決定した後
- 病院へ予約日時の連絡をする       病院への連絡不要
- 電話連絡       予約票のFAX
- 病院様にお電話をする  
(こちらから病院様にお電話をして予約日時を決定します)
- 患者様より予約の電話をする  
(患者様より直接予約のお電話をして頂きます)

## お電話日程

患者様に直接お電話する際に、希望の時間帯がありましたらご記入下さい。

平成 年 月 日 時頃にTEL

連絡先TEL( )

## 検査希望日時等

検査希望日時

平成 年 月 日 時頃

平成 年 月 日 時頃

平成 年 月 日 時頃

その他の日時  
( )

希望日時はない

貴院での結果説明日、若しくは画像・読影必要日  
平成 年 月 日 時頃  
(予約の都合上日程が間に合わない場合は病院様へご連絡します)

## 備考欄(他にご希望がある場合はご記入下さい)

必ず、検査依頼書も一緒に送信して下さい。

