

延岡共立病院健診センター宛て 画像検査コピー依頼書（FAX 専用）

当院健診センターで行われた画像検査情報が必要な際は、下記の必要事項をご記入の上、FAX にて送信してください。

患者氏名・性別	(男性・女性)
生年月日・年齢	大・昭・平 年 月 日 (歳)
健診日	令和 年 月 日 (不明な場合： 直近データ ・ 過去 2 年分)
検査種	<input type="checkbox"/> CT (頭部・胸部・腹部) 部位に○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 頭部 MRI
患者の承諾	未 • 済
患者の同意サイン	(直筆)
依頼医師名	(病院名) (医師氏名)

* なお、手数料(1,430 円)は患者様ご自身の負担となりますので、後日、当センターへ CD を取りに来ていただく必要があります。

* 血液・尿検査結果など健診結果報告書につきましては、個人情報のため FAX での対応は致しておりません(文書再発行料は 1,100 円)。患者様ご自身が当センターへ取りにきていただく必要がございますので、ご了承下さい。

FAX 番号：0982-33-1371 (健診センター)