

検査依頼書

依頼日 年 月 日

担当者氏名

検査項目 **エコー・肺機能検査**

(心臓 腹部 頸動脈 甲状腺 乳腺 血管 その他)

依頼元：医療機関名

氏名

生年月日

依頼医師名

性別

予約日時

年

月

日

AM
PM

時

分より

臨床診断・検査目的（出来るだけ詳細にお願いします。）

※肺機能検査の方は身長・体重の記載をお願いします。身長 cm 体重 kg

備考

TMG宗岡中央病院

〒353-0001 埼玉県志木市上宗岡5-14-50

TEL：048-472-9211 FAX：048-476-2611