

検査申込書 Fax専用

* この検査予約依頼書では、検査後の診察は、行いません。

千葉市海浜病院

令和 年 月 日

医事室 FAX 043-277-8217(直通)

受付 月～金 9:00～16:00(年末年始 祝日を除く)

患者情報	貴院情報
フリガナ	医療機関名
男・女 海浜病院受診歴 有・無	住所地
生年月日 T-S-H-R 年 月 日	TEL
住 所	FAX
電話番号	医師名

検査希望日 第1希望 月 日	※ 月 日
第2希望 月 日	頃までに
診断名	

胃内視鏡 (内科)月～木 10:30 (外科)金 9:00	領域 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 * 読影レポートあり
乳腺超音波 月・水・金 14:00	領域 外科 * 読影レポートあり
視野検査 木 PM	領域 眼科
マンモグラフィー 月・水・金 14:00	領域 外科 * 読影レポートあり * 男性技師による撮影の場合もあります

問い合わせ先 千葉市立海浜病院 医事室 043-277-6577(予約係)
(月～金 9:00～16:00)