



* 共同利用検査のご依頼のときは、患者情報、検査内容、検査目的、希望日等をご記入のうえ、FAXしてください。

長野中央病院 地域連携室 宛

FAX 026-234-3236

(TEL 026-234-3345)

共同利用検査依頼票

年 月 日

ふりがな			
患者氏名			男 ・ 女
生年月日	年	月	日生
(電話番号)			

検査内容 : MRI(部位) 胸部単純CT 骨密度	
病名<検査目的>	*骨密度検査は不要です。
希望日	*検査は午後になります。

ご依頼元医療機関 ・ お電話番号

--

* 折り返し、予約決定日時をご連絡
いたします。

長野医療生活協同組合 長野中央病院
地域連携室
直通TEL 026-234-3345
直通FAX 026-234-3236