

CT ・ MRI 検査依頼伝票

検査施設	一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会 ポートアイランド病院	予約日	年 月 日
所在地	神戸市中央区港島中町4-6	予約時間	
連絡先	TEL 078-303-6123 (代表)		
	FAX 078-381-8264 (医事課 直通)		

依頼元情報

施設名			
所在地			
診療科		主治医	
連絡先	TEL	FAX	

患者情報

患者ID (ポートアイランド病院)			
フリガナ			
患者名			性別
			男・女
生年月日		年齢	歳
住所			

検査情報

検査部位	CT ・ MRI
検査目的	
特記事項	