

血液検査依頼書

お申し込み日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

☆ 患者氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話番号 _____

☆ 御依頼先

医院名 _____ 担当医 _____

住所 _____

電話番号 _____ FAX _____

☆ 検査料金の請求先

- ① 患者様に当クリニック受付にて直接お支払いいただく
- ② 紹介医院様に請求書をお送りする

☆ その他の希望事項

[_____]

*ご予約は FAX を送っていただいた後に MALO CLINIC に直接お電話ください

*CT 撮影も御希望の場合は、CT 撮影依頼書に血液検査依頼の御記入をしていただければ
血液検査依頼書は必要ありません

*検査結果は、郵送いたします。(約 10 日くらいかかります)

MALOCLINIC TOKYO

〒104-0061 東京中央区銀座 7-8-10

FUKUHARA GINZA 8F

Tel:03-3572-3977 Fax:03-3572-3988