

該当項目に をしてください。

紹介先 公立森町病院
地域医療連携室 松澤 宛

紹介元

平日 電話番号 0538 -85- 2231
(8:15 ~ 17:00) FAX 番号 0538 -85- 2705

夜間・休日 電話番号 0538 -85- 2181
(17:00 ~) FAX 番号 0538 -85- 6023

医療機関名	
所在地	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

受診希望 診療科	科	医師	受診 希望日	月	日 ()曜日
フリガナ 氏名	(男・女)		M・T・S・H	年	月 日生 ()才
住所	〒		電話番号		
依頼 検査 名	検査名・部位に 印もしくは、必要検査名をお書き下さい。 CT(単純) 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・胸椎・腰椎・四肢 その他() ABI(血圧脈波検査) エコー 腹部・心臓				
	検査目的				
別途紹介状を連絡箋とともに FAX のうえ、患者様にお渡し下さい。					

CT・エコーの検査画像はCD-Rでの提供となります。フィルム等ご希望の場合は事前にお申し付け下さい。

【 保険情報 】 保険証のコピーでも構いません。

保険区分	国・社・後期・任意継続・労災・公災・療養費払い・その他()				
保険番号					記号番号
負担割合	1割・3割		本人・家族の区分		本人・家族
資格取得年月日	年 月 日				
公費区分	老人保健・結核予防・精神保健・特定疾患・精神福祉・その他()				
公費番号					受給者番号
公費資格取得年月日	年 月 日		有効期限		年 月 日
備考					