

連絡箋（委託検査予約）

令和 年 月 日

紹介先 公立森町病院
連携事務係宛

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	検査 希望日	月	日 ()曜日
フリガナ 氏名			T・S・H・R	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(上腹部・腹部～骨盤) 胸腹部 骨盤 胸椎 腰椎 頸椎 四肢 その他() ・MRI(単純) 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 頸椎 胸椎 胸腰椎移行部 腰椎 四肢 その他() ・超音波 (心 腹部 乳腺 甲状腺 頸動脈) ・肺機能 ・ABI/PWV ・神経伝達速度(心臓ペースメーカー又は他の電子的インプラント使用患者は検査不可) (正中神経 尺骨神経 腓腹神経) ※ CT・MRI・心エコー 検査データは CD-Rにて提供いたします。				
	病名又は主訴・検査目的等 (診療情報提供書の代わりとなりますので必ずご記入下さい)				

【 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					

