

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	
F A X 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	(男・女)		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											