

連絡箋（検査予約）

平成 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	(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・造影・単純+造影) 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 胸椎 腰椎 四肢 その他() MRI(単純・造影・単純+造影) 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 胸椎 腰椎 四肢 その他() 心エコー ホルター心電図 (原本貸出 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要) GIF (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口) ※ CT・MRI・心エコー・GIF 検査データは CD-R にて提供いたします。 (フィルムもしくは写真希望の場合は検査依頼時にお申し付け下さい)		
	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														