

画像撮影・診断申込書

申込日：平成 年 月 日

岩手県立大船渡病院地域医療福祉連携室 宛

FAX番号：0192-27-7170

紹介元医療機関：_____

電話番号： - -

紹介元医師名：_____

F A X： - -

検査希望日時：平成 年 月 日 時 分

患者氏名	(ふりがな) ()	性別	生年月日	明大昭平	年 月 日生
		男・女			()歳
住所	〒 - TEL() -				
岩手県立大船渡病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有り(診察券番号:) <input type="checkbox"/> 無し					
検査種類	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI	検査部位	
造影	<input type="checkbox"/> 要 (e-GFR値()) <input type="checkbox"/> 不要				
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有り() <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明				
診断	<input type="checkbox"/> 診断・レポート必要 <input type="checkbox"/> 撮影のみ				
検査目的・指示事項					

【保険情報】

勤務先		連絡先	
被保険者名		続柄	
保険種別	社保・国保	前期・後期高齢者医療	その他 公費負担医療
保険者番号			
記号・番号 受給者番号			
本人・家族 負担割合	本人・家族	1割・2割・3割	本人・家族
資格取得年月日			
有効期限			
備考			