

# F A X 送 信 票

発信日:平成 年 月 日

・枚数(送信票を含む) 枚

送信先 等潤病院病院 地域医療福祉連携室宛

FAX 03-3850-8715

紹介元医療機関名

電話番号

担当医師名

## 診 療 申 込 書(検査)

ふりがな				明治・大正・昭和・平成
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生
住所	〒	電話番号 ( ) -		

保険者番号							
記号・番号							
有効期限	平成	年	月	日			
資格取得日	昭和・平成	年	月				
被保険者名			負担割合				

公費負担者番号							
公費負担者医療 の受給者番号							
有効期限	平成	年	月	日			
資格取得日	昭和・平成	年	月				

検査	C T ・ M R I
検査予約日	月 日
予約時間	AM・PM :
造影検査	有 ・ 無
腎機能	正常 ・ 低下
読影	有 ・ 無
画像	フィルム ・ CD-R
MRI問診票	有 ・ 無
備考	