

外来診察・検査申込書

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
患者氏名				
住所	〒 -	TEL () -		

医療機関		医師氏名	
所在地	〒 -	TEL () -	

保険情報		老人医療受給者証	
保険者番号		市町村番号	
記号・番号		受給者番号	
有効期限	~	有効期限	~
被保険者氏名		公費負担医療受給者証	
被保険者との続柄		負担者番号	
負担率		受給者番号	
※保険証のコピーもFAXお願いします。		有効期限	~

希望検査日	① 年 月 日	② 年 月 日	いつでもよい
受診の有無	有・無	科	医師
検査項目			
CT	MRI・MRA・MRCP	超音波	消化管造影 他 内視鏡・他
部位	部位	部位	・ERCP ・骨密度 ・脳波 ・GTF ・CF ・SF
造影 (有・無)	造影 (有・無)		

お願い: MRI検査ご希望の際は、当院検査問診票をFAXしますのでご確認いただき、ご記入の上、当日持参させて下さい。

(診療情報提供書) ※貴院の診療情報提供書をお使いの場合には、申込書と同時にFAXをお願いします。

傷病名
紹介目的
経過(症状・検査・治療・処方等)
備考
参考資料(有・無 CD-R、レントゲン、心電図、検査記録)