

## 画像診断申込書 (診療情報提供書)

申込日:平成 年 月 日

紹介元医療機関: \_\_\_\_\_ 電話番号: - -

紹介元医師名: \_\_\_\_\_ F A X: - -

希望検査日時:平成 年 月 日 時頃

(ふりがな)	( )	性別	生年月日	明大昭平	年	月	日生
患者氏名		男・女					( )歳
住所	〒 - TEL( ) -						
八戸赤十字病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有り(診察券番号: ) <input type="checkbox"/> 無し							
読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						
出力形態	<input type="checkbox"/> フィルムのみ <input type="checkbox"/> CDのみ <input type="checkbox"/> フィルム+CD						
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有り(具体的に記載: ) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明						
検査種類	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI		検査部位				
病名 経過 特記事項 (その他)							

検査枠の関係で検査日時、御希望に添えない場合等には、近い日時の枠をお取り致します。

不都合が有る場合のみ、電話にて御相談下さい。Tel:0178-27-3111(内線4112)

【保険情報】☆保険証のコピーをFAXにて送付頂く場合は、下記の記載は必要ありません。

保険種別		
区分	本人・家族	本人・家族
保険者番号		
記号・番号	.	.