

検査予約申込書 (FAX用)

山陽小野田市民病院
 地域医療連携室 行
 FAX 0836-83-8666(直通)
 TEL 0836-83-8699(直通)

令和 年 月 日

紹介元医療機関	医師氏名 _____
	TEL() - _____ FAX() - _____

フリガナ	
紹介患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 歳 男・女
住所	〒 -
電話番号	() - 当院受診歴 有・無

依頼検査 (○で囲んでください)			
心エコー			
部位	部位	部位	部位
()単純CT	・()造影CT	・()単純MRI	・()造影MRI
※ CT、MRI検査希望の場合は、受診前日までに「診療情報提供書」を FAXして下さい。			
希望検査日時			
第1希望日	月 日	午前 時 分頃	午後 時 分頃
第2希望日	月 日	午前 時 分頃	午後 時 分頃
第3希望日	月 日	午前 時 分頃	午後 時 分頃

希望検査画像 フィルム CD-R FAX要・不要 要 不要

※MRI検査希望の場合、体重の記入をお願いします。

体重 _____ kg

※ お手数ですが、この「検査予約申込書」とともに「診療情報提供書」を当連携室まで FAXをお願いします。

※保険情報(保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。)

被保険者番号

後期高齢受給者証

公費負担医療受給者票

被保険者番号	
記号・番号	
有効期間	
区分	1. 本人 2. 家族

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	
負担割合	1割 ・ 3割

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	