

# 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  
 TEL 0836-83-2355

平成 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 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)                      |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
| 腹部超音波検査                               | 胃内視鏡検査              |
| 大腸内視鏡検査                               | 心エコー                |
| ホルター心電図                               | トレッドミル              |
| 呼吸機能検査                                | 骨密度                 |
| 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、受診前日までに紹介状を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

※ お手数ですが検査申込書(紹介状)と共にこの用紙を病診連携室までFAXをお願いします。  
 ※骨密度、呼吸機能検査については、検査申込書は不要です。  
 ※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  |  |