

長岡赤十字病院 頸動脈超音波検査  
 共同利用申込書兼診療情報提供書  
 FAX 番号(直通) 0258-28-9060

2015.10

医療機関名  
 所在地  
 TEL・FAX

担当医師名

送付日 平成 年 月 日

◆患者情報

|      |  |     |       |     |     |
|------|--|-----|-------|-----|-----|
| フリガナ |  | 性別  | 生年月日  |     |     |
| 氏名   |  | 男・女 | T・S・H | 年   | 月 日 |
| 住所   |  |     | 電話    | ( ) | —   |

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

|         |         |          |      |   |  |  |  |  |  |
|---------|---------|----------|------|---|--|--|--|--|--|
| 保険証記号番号 |         | 医療証負担者番号 |      |   |  |  |  |  |  |
| 保険者番号   |         | 医療証受給者番号 |      |   |  |  |  |  |  |
| 被保険者区分  | 本人 ・ 家族 |          | 負担割合 | 割 |  |  |  |  |  |

◆臨床診断・検査目的(方法・方向など含む)

◆感染症既往

MRSA ( + ・ - )