

超音波検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

令和 年 月 日

長岡赤十字病院 宛
 TEL : 0258-28-3600 (代表)
 FAX : **0258-28-9060** (連携室直通)
 申込受付時間 **8 : 30 ~ 16 : 30**

紹介元
 医療機関名
 医 師 名
 TEL :
 FAX :

ご紹介患者様情報

| | | | |
|--------------|--------------------------------|------------|---------------------------------------------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 当院受診歴 |
| 氏 名 | | 男・女 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | (歳) | (旧姓:) |
| 住 所 | 〒 | 電話番号 | |
| | | 自宅 | — — |
| | | 携帯 | — — |
| 記号番号 | | 公費負担者番号 | |
| 保険者番号 | | 受給者番号 | |
| 被保険者 (本人・家族) | 負担割合 (割) | 公費有効期限 | 年 月 日 |

| | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 検査希望日 | ① 月 日 () ※希望に添えない場合がありますのでご了承ください ② 当院にお任せ ※都合の悪い日 () |
| 臨床診断 検査目的 (別紙可) | |
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸部 |