

呼吸機能検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL : 0258-28-3600 (代表)

受付時間 : 平日8:30~16:30 (FAXは24時間受信可)

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元

医療機関名

診療科

医師名

T E L

F A X

担当者

令和 年 月 日

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴	
				男 ・ 女	有 ID番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無		
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語		
住 所	〒			電話番号 (日中の連絡先)		
				— —		
保険者番号			公費負担者番号			
記号番号			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	希望日 年 月 日 () ◎希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。					
	☐ いつでもよい その他 ()					

臨床診断・検査目的

検査種別	☐ 呼吸機能検査 (VC-FVC)
------	--

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。