

超音波検査 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

TEL

FAX

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	第1希望 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。						
	第2希望 年 月 日 ()						
	□いつでもよい その他 ()						
臨床診断 検査目的 (別紙可)							
検査部位	☐ 心臓 ☐ 腹部 ☐ 頸動脈 ☐ 甲状腺 ☐ 頸部						

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。