

機 密

CD-ROM等複写申込書兼料金票

申請日	年 月 日		
患者氏名 (ID番号)	患者ID		
複写画像	年 月 日	一般	MR CT その他 ()
	年 月 日	一般	MR CT その他 ()
	年 月 日	一般	MR CT その他 ()
	※フィルム希望の場合は下記に理由を記入		
申請医師名 (担当医師名)	診療科	科	医師名
申込理由 ※該当理由に○	① 「診療情報提供書 (紹介状) への添付 ② 相手先医療機関からの希望 ③ 本院希望 (有料) ④ 保険会社等への提出 (有料) ⑤ 公害・結核関連 ⑥ 緊急対応 (三次救急病院への送付) ⑦ その他 ()		
出力後送付先	科外来 ・ 病棟		
フィルム希望の理由			

複写枚数等	コード	種類	複写枚数	単価 (税抜)	合計 (税抜)	税率
枚 等	98021	CD-ROM	枚	1,500	円	10%対象
	98237	DVD	枚	3,000	円	10%対象
	98023	半切 (35cmx43cm)	枚	1,200	円	10%対象
	98222	B4 (25cmX36cm)	枚	800	円	10%対象
					円	10%対象
					円	10%対象
小 計			枚		円	
				合計内訳 8%対象	0 円	
				合計内訳 10%対象	円	
				消費税 8%対象	0 円	
				消費税 10%対象	円	

放射線科 使用欄	受付年月日	
	複写年月日	
	担当者	

備 考

【記入上のご注意】 代理人による申込みの場合は、委任状が必要です。