

取扱注意：FAX番号再確認

検査予約申込書

平成 年 月 日

あて先：富山通信病院地域医療連携室 行

TEL：076-421-7819

FAX：076-421-7829

医療機関名		担当者	
TEL		FAX	

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
患者住所	〒 電話番号		
疾患名			
症状			
検査内容	<input type="checkbox"/> 内視鏡（胃） <input type="checkbox"/> 内視鏡（大腸） <input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
検査希望日	平成 年 月 日（ ） 時 分頃希望		
その他希望内容			

被保険者証情報

※診療録作成のため必要ですので、必要事項をご記入ください。

被保険者証	記号	番号
	保険者番号		
	被保険者氏名	続柄（ 本人 ・ 家族 ）		
	資格所得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	事業所名			

老人／公費負担番号	
老人／公費負担医療の受給者番号	1割 ・ 2割	
取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
公費対象疾患			