

明石市立市民病院 画像検査申込書 (様式 2 - 1)

平成 年 月 日

紹介元 医療機関名 _____ 登録番号 _____
 住 所 _____
 医 師 名 _____
 電話番号 _____ FAX _____

患 者	(フリガナ)		性別	明石市立市民病院受診歴		1 有	2 無
	氏 名		男 女	生年 月日	明・大 昭・平	年	月 日
	住 所	〒 - Tel - () -					

主 保 険	保険者番号				記号・番号				1 本人	
									2 家族	
公費等①	負担者番号				受給者番号				本人負担	割
										(円)
公費等②	負担者番号				受給者番号				本人負担	割
										(円)

検査予定日 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

- MR I
- C T
- R I
- その他 ()

結果のお知らせ方法

- ・ 画像はCD-Rで当日お渡しします。
- ・ 検査担当医のレポートは、後日郵送させていただきます。
- ・ FAXの必要な場合は次の「FAX要」にチェックをお願いします。 FAX要
(お急ぎの際は、医療介護連携課までご一報ください)

明石市立市民病院
医療介護連携課

直通TEL 078-912-2359 (専用)
直通FAX 078-912-2362 (専用)