

FAX 0586(26)3501

フィルム・検査資料 申込書



*太枠内に必要事項をご記入の上、上記FAX番号へお送りください。

令和 年 月 日

申込者	会社名	(保険会社)	(代行会社)	
	担当者所属氏名	フリガナ	フリガナ	
	連絡先	電話 ()	FAX ()	
		携帯 ()		
申込内容	種類	撮影、検査実施年月日	部位等	
	フィルム	一般撮影	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
	フィルム	CT	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
	フィルム	MRI	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
年 月 日				
フィルム	その他	年 月 日		
		年 月 日		
検査結果表		年 月 日		
		年 月 日		
患者さま情報	氏名	フリガナ		
	カルテNo			
	生年月日	年 月 日		
	住所			
	<患者以外へ同意書を送付する場合>			
	氏名	フリガナ	続柄()・(法定代理人・法定相続人)	
	住所			

病院欄		医事課担当者