

画像・内視鏡検査申込書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名 JR仙台病院

紹介元
医療機関名

科 担当医 殿

住所

医師名

TEL

FAX

診察予定日時 (大腸検査のみ)	平成	年	月	日()	午前・午後	時	分	
検査予定日時	平成	年	月	日()	午前・午後	時	分	
患者様	フリガナ				性別	JR仙台病院受診歴	1 有 2 無	
	氏名				男女	生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 歳	
	住所	〒 -			TEL - -			
傷病名								
紹介目的	<input type="checkbox"/> CTの検査及び診断		<input type="checkbox"/> MRIの検査及び診断					
	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査及び診断		<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査及び診断					
部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 大血管
	<input type="checkbox"/> その他()							
造影	<input type="checkbox"/> 単純のみ		<input type="checkbox"/> 単純と造影		<input type="checkbox"/> 造影のみ			

※ MRIは1回一部位となりますので、一部位のみチェックしてください。

主保険	保険者番号				記号・番号				1 本人	割
									2 家族	割
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)	

※ 保険証等のコピーをFAXしていただいてもかまいません。

この検査申込書を下記番号にFAXしてください。

FAX 022-380-2345(地域医療連携室)

JR仙台病院 地域医療連携室 TEL 022-380-2317