年　　月　　日

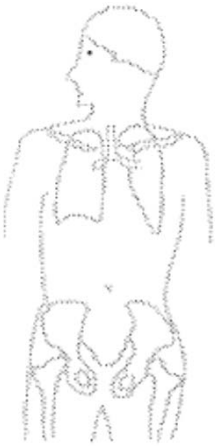
# MR〔単純・造影〕検査申込依頼書〔診療情報提供書〕

大阪府済生会 野江病院　　TEL　06-6932-0701(直通)
地域医療連携課　御中　　FAX　06-6932-7002(専用)

| 紹介元医療機関名 | | 医 師 名 | |
|---|---|---|---|
| TEL | | FAX | |

| 検査部位 | |
|---|---|
| 頭　部 | 骨盤部 |
| 内耳道 | 前立腺 |
| 副鼻腔 | 肩関節 |
| 頚　椎 | 股関節 |
| 胸　椎 | 膝関節 |
| 腰　椎 | 四　肢 |
| 頚　部 | 部位(　　) |
| 胸　部 | 頭部MRA |
| 上腹部 | 頚部MRA |
| MRCP | 下肢MRA |

その他〔具体的に〕



臨床診断及び検査目的

## 〔検査希望日時〕　　月　　日　　時

| フリガナ | | | 性別 | 被保険者 | 続 柄 |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | [姓] | [名] | 男・女 | | 本人・家族 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生　〔　　才〕 | | | | |
| 住　所 | (〒　　－　　)<br>TEL　　〔　　〕 | | | | |

| 保険者 | | | | | | | | | 公費 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | [記号] | | | | [番号] | | | | | | | | | | | | |
| 資格取得年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 有効期限 | 年　　月　　日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |

医療受給者証一部負担金割合　※【1割　2割　3割　助成】
高齢受給者証一部負担金割合　※【1割　2割　3割　助成】

※健康保険証、医療証があればFAXして下さい。上記欄の記載は結構です。