

年 月 日

心エコー 検査申込依頼書 [診療情報提供書]

大阪府済生会 野江病院
地域医療連携課 御中

TEL 06-6932-0701(直通)
FAX 06-6932-7002(専用)

紹介元医療機関名		医 師 名	
TEL		FAX	

臨床診断及び検査目的

[検査希望日時]

月 日

- () 午前9時
- () 午前9時30分
- () 午前10時

※ 希望の時間に○印を付けて下さい。

※※ 小児の心エコーは小児科外来受診の上
お願いしておりますので御了解をお願いします。

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	(〒 -) TEL []				

保 險 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。