

診察・検査依頼票(ネット予約専用)

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院

【施設名】

科

TEL() -

FAX() -

診察・検査確定日

□ 年 月 日(曜日)(:) 予約済み

【医師名】

フリガナ		性別		生年月日																
受診者名		男・女		T・S・H・R 年 月 日																
住所		TEL () -																		
保 険 別																				
自費	交通	労災	生保	退家	退本	国家	国本	健家	健本	高前	1	2	3	高後	1	3	身障	母子	子ども	その他
保険者番号						公費負担者番号														
記号		番号		公費負担受給者番号																
資格取得		有効期限		被保険者・世帯主名																
検査項目	<input type="checkbox"/> 単純CT (部位) <input type="checkbox"/> 単純MRI (部位)																			
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> MRCP																			
	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 ※MRI・MRCPのみ ○ 体内の金属・医療機器 (有 ・ 無)																			

【臨床情報】 (診断名・既往歴・症状・検査結果・治療経過・現在の処方・その他事項)

※別紙添付可