

診察・検査依頼票(ネット予約専用)

令和 〇〇年 〇月 〇日

愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院

記載例

【施設名】

消化器内 科

安城更生クリニック

TEL(ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××

FAX(ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××

診察・検査確定日

【医師名】 **更生 太郎**

□ 〇〇年 〇月 〇日(〇 曜日) (〇〇 : 〇〇) 予約済み

フリガナ	アンジョウ ハナコ		性別	生年月日	
受診者名	安城 花子		男・女	T S	H・R 〇〇年 〇月 〇日
住所	安城市安城町東広畔28番地		TEL (ΔΔΔΔ) 〇〇 - ××××		
保 険 別			公 費 負 担 別		
自費	交 通	労 災	生 保	退 家	退 本
			国 本	健 家	健 本
			高前	1	2
			齡期	割	割
			高後	1	3
			齡期	割	割
			身 障	母 子	子 ども
					そ の 他 ()
保 険 者 番 号		〇〇〇〇〇〇		公 費 負 担 者 番 号	
記 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	番 号	〇〇〇〇〇〇	公 費 負 担 受 給 者 番 号	
資 格 取 得	〇〇.〇.〇	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

検査の依頼をされる場合は、希望の検査項目にチェックしてください。