

年 月 日

## CT〔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  
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	

その他〔具体的に〕

臨床診断及び検査目的

検査部位	
頭 部	全腹部
副鼻腔	上腹部
側頭部(耳)	下腹部
頸 部	脊 椎
胸 部	四 肢



〔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	(〒 - )  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。