

高度医療機器利用申込書

(紹介医→N-MCR)

医療法人 明陽会
 成田記念病院

平成 年 月 日

放射線科・消化器内科 御中

●施設名

●検査名

医師名

CT () 超音波エコー()

TEL

MRI () RI ()

FAX

放射線治療用リニアック ()

検査希望日 平成 年 月 日 ()

内視鏡(上部消化管)

時間 AM・PM

フリガナ			男	住	〒
氏名	様	女	所		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	歳		TEL()	—
成田記念病院受診歴	有・無			年 月 頃	科
□<患者医療情報> * お手数ですが、可能な限り御記入をお願い致します。* ☆感染症 : 有(HCV・HBs・梅毒血清反応・その他)・無・不明 ☆抗凝固剤の服用 : 有 薬剤名()・無					

☆☆通信欄☆☆(できましたら簡単に検査内容・症状等のご記入をお願い致します)

単純 造影

☆☆保険証等転記欄☆☆(記号番号を下記へ記入してください)

保険者番号	記号	番号	本人・家族	負担割合
			1. 本人 2. 家族	割
資格取得日	S・H 年 月 日	有効期限	H 年 月 日	

公費負担者番号	受給者番号/記号	本人
		*本人
資格取得日	S・H 年 月 日	有効期限 H 年 月 日