

* FAX:0532-31-2279 【N-MCR 直通】

(様式-2)

* TEL:0532-31-2528 【N-MCR 直通】

高度医療機器利用申込書

社会医療法人 明陽会

(紹介医→N-MCR)

成田記念病院

放射線科・消化器内科

御中

平成

年

月

日

●検査名 *PET-CTにつきましては別申込書にて御依頼下さい

●施設名

□CT (撮影部位:)

医師名 _____

□MRI (撮影部位:)

TEL _____

□RI : 骨シンチ・脳血流シンチ・その他()

) FAX _____

□放射線治療装置トモセラピー

□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 ・ 女	住 所	〒
氏名	様			
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