

FAX

検査申込書

平成 年 月 日

【発信先】

国立病院機構福島病院
 地域医療連携室 行
 FAX(0248)75-2569
 TEL(0248)75-2279

【発信元】

医療機関名
 所在地
 電話番号
 医師名

検査項目	MRI ・ CT (○で囲む) ※造影剤は使用しない	
	検査部位 ()	
	読影希望の有無 有 ・ 無 (○で囲む)	
検査日時	月 日 () 時 分	
ふりがな 患者氏名	様	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)	
国立病院機構福島病院受診歴 【 無 ・ 有 (最近5年以内) 】		

※下記の欄は保険証のコピーまたは貴院のカルテ表紙のコピーを添付して
 いただいてもかまいません。

住 所	〒 — — — — —						
電 話 番 号	— — — — —						
保 険 者 番 号							本人 ・ 家族
記 号 ・ 番 号							
公 費 負 担 者 番 号							
公 費 受 給 者 番 号							

通信欄 :

.....

.....