

肺機能検査、マンモグラフィー、骨塩定量 依頼書

(神戸掖済会病院 紹介用)

医療機関名

紹介医師名

| | | | | |
|--------|---------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| 患 者 | (フリガナ) 氏 名 | 様 男・女 | 神戸掖済会病院受診歴 1. 有 (ID) 2. 無 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) | 職業 | |
| | 住 所 | 〒 ☎自宅 () - 連絡先 () - | | |

検査希望日： 第一希望 月 日 第二希望 月 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 月 日

| | | | | |
|-------|-------|-------|-----|-------|
| 主 保 険 | 保険番号 | 記号・番号 | | 1. 本人 |
| | | | | 2. 家族 |
| 併用保険 | 負担者番号 | 受給者番号 | 種 別 | 1. 有 |
| | | | | 2. 無 |

病名ないし疑しい診断：

〈申し込み検査〉 (チェックをつけてください。)

- 肺機能検査
- マンモグラフィー
- 骨塩定量

申し込み先：神戸掖済会病院 地域医療連携室 FAX 078-781-7300
TEL 078-781-1411