

超音波検査依頼状

紹介先医療機関名
医療法人社団 青葉会
一橋病院
(FAX042-347-3150)
(TEL042-343-1311)

紹介元医療機関名

当院受診歴(有・無)

医師名

印

ID _____

フリガナ		臨床診断
患者名		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
予約時間	月 日 () AM・PM 時 分	エコーの目的
その他 連絡事項		
一橋病院での結果説明	要 ・ 不要	
検査部位に○をつけて下さい。 1・肝 2・胆嚢 3・すい臓 4・脾臓 5・腎臓 6・膀胱 7・乳腺		

予約が完了しましたら保険情報を下記へ記載の上、FAX(042-347-3150)をお送り下さい。

・患者様の受付の手間を省き、診察待ち時間を短縮することが出来ます。

※保険証コピーでも結構です。

保険者番号		記号・番号		負担割合	割
資格取得年月日	大・昭・平 年 月 日	被保険者名	本人・家族・世帯主()		
公費負担者 番号		公費受給者 番号	有効期限	平成	年 月 日