

画像・検査資料申込書 FAX 052-991-2113(代表)

【宛先】 大隈病院 診療情報管理課 担当者

記入日： 年 月 日

申込者	会社名	保険会社		代行会社(依頼保険会社も記載して下さい)			
	所属・役職						
	ふりがな 氏名						
	連絡先TEL						
患者情報	氏名(ふりがな)	()					
	生年月日	明・大・昭・平・令		年	月 日生		
	住所						
	同意書	有 ・ 無 (同意書を当日提出いただけない場合は面談をお受けできません)					
申込内容	種類		撮影・検査実施年月日		部位等		
	画像	一般撮影					
		CT					
		MRI MRA					
		その他					
	検査結果表	血液検査					
		生理学検査					
その他							

病院欄	同意書確認	開示可能日時	開示担当者	会計(受渡し)担当者
		年 月 日 時以降		

受取者	受取日	会社名	氏名
	年 月 日		