

蛍光眼底造影検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

平成 年 月 日

長岡赤十字病院
 TEL : 0258-28-3600 (代表)
 FAX : 0258-28-9060 (連携室直通)
 受付時間 **8 : 30 ~ 16 : 30**

紹介元
 医療機関名
 医 師 名
 TEL :
 FAX :

ご紹介患者様情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	男・女
氏 名			年 月 日 (才)	
住 所	〒	電話番号 (日中の連絡先)		
		— —		

保険記入欄(保険証及び公費等医療証をFAXしていただければ、保険情報の記入は不要です)

記号番号		公費負担者番号							
保険者番号		受給者番号							
被保険者 (本人・家族)	負担割合 (割)	公費有効期限	平成	年	月	日	まで		

検査希望日	① 月 日 ()	※希望に添えない場合がありますのでご了承ください
	② 当院にお任せ	※都合の悪い日 ()

臨床診断・検査目的