

FAX

検査申込書

令和 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 ()		
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 :