

腹部超音波検査依頼書

貴医療機関名	病院 医院 診療所 クリニック	診療科	担当医師
TEL: ()	FAX: ()		
申込日: 年 月 日	予約日: 年 月 日 (曜日)	午後・午前	時 分

当院ID								
患者氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	歳	男・女			
住所	〒							
TEL ()								
検査部位 希望の検査部位を○で囲んでください。								
上腹部								
肝臓 ・ 胆のう ・ 膵臓 ・ 脾臓 ・ 腎臓								
その他								
膀胱 ・ 前立腺 ・ 副腎 ・ 腸管 ・ 虫垂								

※当院初診の場合は下記もご記入ください。

＜＜保険証情報＞＞

保険者番号								
記号・番号	・							
続柄	本人 ・ 家族 高齢1割 ・ 3割							

＜＜公費負担情報＞＞

市町村番号								
受給者番号								
一部負担	円							

＜＜マル福情報＞＞

記号	茨-	番号						
----	----	----	--	--	--	--	--	--

ご提供いただいた情報は診察のみに使用いたします。

〒306-0433
茨城県猿島郡境町2190

茨城西南医療センター病院
地域連携室

TEL: 0280-23-5875
FAX: 0280-23-5812