申込日：令和　　年　　月　　日

診療情報（画像）提供申込書

1．患者情報

フ リ ガ ナ		患者 ID
患 者 氏 名		
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・西暦　　年　　月　　日	

2．必要な画像

情 報 の 種 類	□X 線　□CT　□MRI □その他（　　）
必 要 な 期 間	年　月　日 ～　年　月　日

3．申込者　左欄の該当する項目にチェックし、その右欄の必要事項をご記入ください

□患者ご本人	自宅電話番号：
	携帯電話番号：
□患者ご家族	申込者様氏名：　続柄：
	自宅電話番号：
	携帯電話番号：
□その他	会　社　名：
	ご 担 当 者 名：
	会社電話番号：
	携帯電話番号：
	親 会 社 名：

----------（切り離し不要）----------

診療情報受領書

患者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様の診療情報（画像）CD－ROM を受領いたしました。

受領日：令和＿＿年＿＿月＿＿日

受領者ご署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

社会医療法人清恵会　清恵会病院