

申込日： 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	年 月 日	

2. 請求の理由

--

3. 必要な画像

情報の種類	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他（ ）
必要な期間	年 月 日 ~ 年 月 日

4. 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

<input type="checkbox"/> 患者ご本人	自宅電話番号：
	携帯電話番号：
<input type="checkbox"/> 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：
	依頼元会社名：

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： 年 月 日 受領者ご署名： _____ 続柄： _____