**FAX**  ０９９４―４２－７１５４

**検査申込書**記載日　令和　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

【発信先】 【発信元】

県民健康プラザ鹿屋医療センター　　　医療機関名

地域医療連携室　　　行　　　　　　　　　　所在地

　　Fax(0994)42-7154　　　　　　　　　　　電話番号

℡ (0994)42-5101　　　　　　　　　　　医師名

検査項目　CT ・　MRI ・　RI ・　脳血流シンチにおける認知症診断

　　　　　　　　　　　　○で囲んでください。

検査日時　　　　　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　　日　　　　　　　　　　　時

鹿屋医療センター　　受診歴　　（　　有　　・　　無　・　不明　）

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　明治・大正・昭和・平成・令和

患者氏名　 　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　　　　　　男　　　・　　　女

* 下記の欄は保険証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　　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　―

携帯番号　　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　―

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社保　　国保

保険者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 後期　　生保　　　　本人　　・　　家族

記号・番号　　　　　　　　　　　　　　　　　・

資格取得日　　Ｓ　・　Ｈ　・　R　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日

負担割合　　　　　　　１割　　　　　　　　２割　　　　　　　　　３割

公費負担者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　備考欄

公費受給者番号