

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

3. 申込者

保険会社・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：

-----切り取り-----

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 : _____