

地方独立行政法人  
三重県立総合医療センター一行

医療機関名

電話 FAX

ふりがな	生 年 月 日		
患者氏名	男・女	M ・ T ・ S ・ H ・ R	年 月 日生
住 所		電話	

記号・番号		保険者番号				保険者名				
資格取得日		有効期限				被保険者名			続柄	
S・H・R	年 月 日	R	年	月	日					

公費負担医療の受給者番号								公費負担者番号								有効期限			
																R	年	月	日

検査日時	R      年      月      日      AM      ・      PM
------	---

検査項目 感染症の有無:有( )・無

- [illegible]

検査目的・臨床経過（スペースが足りないときは別紙をお使いください。）