

死亡時画像診断検査申込書

旭川赤十字病院長 殿

施設名 _____

医師名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

下記のとおり死亡時画像診断検査を申し込みます。

記

1. 氏 名 _____
2. 性 別 男・女
3. 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 _____
4. 年 齢 _____ 歳
5. 撮影部位 全身 ・ その他（具体的に）

6. 検査の理由

お申込みについて

1. お申込みに必要な書類及び診療データ等については、当該申込書、診療情報提供書、同意書、生前画像（胸部X-Pを含む）、血液検査結果となっております。
2. お申込みに係る依頼金は5万円（税別）をご請求させていただきます。
3. 当院で読影が不能な場合、Ai情報センターに読影依頼させていただきます。この場合、上記ご請求とは別に実費分をご請求させていただきます。