

レントゲン・フィルム等 コピーの申込書兼支払承諾書

申込日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

丘 整形外科病院 院長 殿

患者氏名 _____ 生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 ____ 月 ____ 日

住 所 _____ 電話番号 (_____) _____

使用目的 _____

次の①～③まで記入した通り、フィルム等のコピーを請求し、料金を支払うことを承諾します。

① 請求者 *該当の場合には○印を記入

() 本人による請求

(本人の確認ができる証明書の提示) _____ 氏 名(自署) _____ ⑩

② 代理人の種類 *該当の場合には○印を記入

() 法定代理人 () 上記以外の親族又はこれに準じる者

代理人による請求の場合には、以下の欄に記入の上、
患者本人の意思確認が出来る **同意書(三ヶ月以内有効)** 及び代理人の身分確認できるものを添えて
提出してください。

代理人氏名(代理人自署) _____ ⑩ 本人との関係 _____

代理人住 所 _____ 電話番号 (_____) _____

③ コピーフィルム等の具体的な内容 (記載例：〇月〇日の頸椎 X-P、頭部MRI・CTなど)

X-P:1画像(方向)につき 1500 円(税別) CT・MRI:1シーケンスにつき 1500 円(税別)
口頭での概算と請求額に差額が出る場合がございます。予めご了承ください。

同意欄 (病院側使用)

担当者・受付日・印	主治医・受付日・印	院長・受付日・印