

名取病院 検査依頼書 FAX用紙
FAX送信先:地域医療連携室 (06)6474-0155

(診療情報提供書兼用)

申し込み日 年 月 日

■ 医療機関名

■ 医師名

■ TEL

■ FAX



名取病院

■ TEL 06-6474-0506

■ 医師名

医師

紹介目的

■ エコー (腹部 ・ 心臓 ・ その他)

■ 内視鏡 (上部 ・ 下部)

(経口 ・ 経鼻) 鎮静の有 ・ 無
 (バイアスピリン等の服用 有 ・ 無)

紹介内容・病状・既往歴・コメント等

()

検査希望日

1. 第1希望 平成 年 月 日 (時 分)
2. 第2希望 平成 年 月 日 (時 分)
3. 特に希望する日はない

患者様情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名		年 月 日	
住所			
保険証	電話		
	保険者番号	記号	番号
	本人 ・ 家族	本 ・ 家	有効期限
医療証 受給者証	公費負担番号		公費負担受給者番号
	有効期限	一部負担助成 有・無	有 ・ 無

※折り返し、FAXにて「検査予約票」を返信させていただきます。
 受付時間: 《平日》午前8時45分～午後7時 《木曜》午前8時45分～午後5時15分
 《土用》午前8時45分～午後1時 《日曜・祝日》受付業務なし
 なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受付は翌日対応になります。

※来院の際には、必ず保険証、各受給者証、検査予約票を持参の上、
 当院受付へお越し頂きますようお願い下さい。