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　　令和　　年　　月　　日（　　時　　分）
2. 第2希望　　令和　　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	電話		
保険証	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伝え下さい。