

この用紙は FAX (027-382-6568) してください

診療情報提供書（検査申込書）

医療法人済恵会 須藤病院 検査事前登録用

TEL 027-382-3131（内線666）

← ①先に、予約のお電話をください。

FAX 027-382-6568

← ②続いて、この用紙をご記入後、FAX して下さい。

検査をご希望の時は、当院へ直接お電話下さい。短時間でご予約を取り、お返事いたします。その後、この用紙にご記入しFAXして頂ければ、事前にカルテを作成いたしますので、診療・検査がスムーズに運びます。

記入日：平成 年 月 日

フリガナ

受信者氏名

生年月日（明大昭平） 年 月 日

ご住所

都道府県

区市郡

☎ ()

保険証の被保険者・世帯主氏名

ご職業

勤務先名称

勤務先所在地

☎ ()

★自賠償の場合は、保険会社より事前に当院へ治療費支払いの電話を入れて下さい。
受診日までに連絡がない場合には、患者様にお立て替え払いをお願いします。

保険者番号							記号	番号	本人・家族

公費負担者番号							受給者番号					割合
												割
												割

済恵会須藤病院

紹介元医療機関名

受信希望検査：

MRI / CT

予約日時

月 日 () 時 分

TEL

FAX

医師名

印