

平成 年 月 日

医療法人祐生会 **みどりヶ丘病院 診療申込書 (FAX用)**

FAX: 072-681-5730 (病診連携室宛)

【紹介元医療機関】

医療機関名:

電話番号:

FAX番号:

【紹介目的】

<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> MRI(部位:) 単純・造影	<input type="checkbox"/> CT(部位:) 単純・造影
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 診療	科 先生	
希望日時	1. 希望なし 2. 希望あり 月 日 ()	

【患者様個人情報】

フリガナ	男	明・大	年	月	日生
氏名	様	女	昭・平	満	歳
〒	住所		電話番号 ()		

【患者様保険情報】

保険者番号				記号		番号	
被保険者名		続柄		資格・交付		有効期間	
本人・家族		昭・平		年 月 日		平成 年 月 日	

公費負担番号／受給者番号				種類	前期高齢・生保・労災・自賠・自費			
					資格・交付		有効期間	割数
					平成 年 月 日		平成 年 月 日	0・1・2・3・10割

【その他備考欄】

--

☆申込書を受信後、直ちに「予約票」を返送致します。患者様へお渡し願います。

☆受付時間:月～土 8:30～19:00 (ただし、木・土曜日は17:00まで)

(受付時間外のお申し込みに関しましては、翌朝のお取り扱いとなります)

みどりヶ丘病院 病診連携室

TEL:072-681-5768(直) FAX:072-681-5730(直)