

F A X 検査予約申込票

返送先 F A X : 0791-45-1122 赤穂中央病院 地域連携室

_____科 _____先生
 紹介元医療機関名
 検査希望日 _____月 _____日 (_____)

 (AM・PM)

赤穂中央病院受診歴 (無・有) 有の場合 I D 番号

I D 番号
 —
紹介元
医師名

フリガナ		性 別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____ TEL (_____) _____		
検査の種類	MRI CT		
部位			
撮影方法	単純 造影 ※有の場合【糖尿病 有・無 /アレルギー 有・無 /腎機能(Cre) _____】		
主訴または病名			
保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	有効期間	本・家
記号			番 号
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	有効期間	
公費受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	~	

1. 太枠内の項目はすべてご記入ください。保険情報につきましても分かる範囲でご記入ください。
2. 受付日時: 月~金9:00~18:00、土9:00~13:00
3. FAX返送の際に送付票等は不要です。本状のみ送付ください。原則15分以内に予約票を返送いたします。
4. 本様式は当院のホームページ(地域連携室)からもダウンロードできます。

問い合わせ
 赤穂中央病院
 地域連携室 0791-45-7296(直通)