

PET-CT検査受診予約用

《 FAX 連絡票 》  
 FAX : 03-3451-8345

平成 2 年 月 日

国際医療福祉大学三田病院  
 地域医療医療連携部 行

電話 : 03-3451-8062 FAX : 03-3451-8345

貴院の名称 :

放射線科

先生

所在地 : 〒

下記の患者様をご紹介します。

受診予定日 : 平成 2 年 月 日

医師氏名 :

来院時刻 : 午前・午後 時 分

電話 : - -

前診察時刻 : 午前・午後 時 分

FAX : - -

検査時刻 : 午前・午後 時 分

当院受診歴 : (有・無)

※ 上記・左記 太線内に必要事項をご記入願います。

フリガナ : \_\_\_\_\_

患者氏名 : \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 男・女

★ 電話番号は、ご自宅並びに携帯電話番号ともにご記入をお願いします。

生年月日 : ( 明・大・昭・平 年 月 日 )

住 所 : 〒 \_\_\_\_\_

★ 事前の患者様のご登録・カルテ準備を致します。  
 保険証・医療券の情報については、コピーの送付でも結構です。本票と一緒にFAX願います。

電 話 : - -

携帯電話 : - -

被保険者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

被保険者の勤務先 : \_\_\_\_\_

★ ご来院の際は、「診察申込書」にご記入頂き、この用紙と共に初診受付にご提出してください。

電 話 : \_\_\_\_\_

保険者番号 \_\_\_\_\_

記号番号 \_\_\_\_\_

老人保険証 \_\_\_\_\_

医療受給者証 \_\_\_\_\_

◎ 受付時間  
 月～土曜日 8:30～16:30

市町村番号 \_\_\_\_\_

◎ 休診日  
 日曜日・祝日・年末年始(12月31日～1月3日)

受給者番号 \_\_\_\_\_

一部負担金 1割・2割・3割

＜ ご 連 絡 事 項 ＞
