

FAX受診検査予約申込書

カルテ準備のため、お手数ですが、
患者様情報をご記入の上、返信をお願いします。

(申込日) 年 月 日

* 電話での検査予約は、土・日・祝日を除く、
17時まで受付いたします。
(TEL) 0885-32-2555 (放射線科：内線 3213)
(FAX) 0120-308-739

住所
医療機関名
医師氏名

TEL () -
FAX () -

* 受診当日に予約票・紹介状・保険証・診察券等をご持参下さい。

受診日： 月 日 (曜日) [午前・午後]			
受診科： 放射線科			
フリガナ			性別 男・女
患者氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年令	歳
住所	〒		
TEL	自宅：	携帯：	
<input checked="" type="checkbox"/> 現在・・・入院中 ・ 入院中ではない		<input checked="" type="checkbox"/> 徳島赤十字病院 受診歴 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (患者番号：)	

* 電話での検査予約が済まれましたら(放射線科)

検査名	() 予約日時 月 日 時 分
-----	------------------

【下記に記入または保険証のコピー可】

保険者証	保険者番号		公費負担番号	
	記号・番号	.	受給者番号	
被保険者		資格取得 昭・平・令 年 月 日		
資格取得		有効期限 令和 年 月 日		
有効期限		令和 年 月 日		
事業所	名称	備考 (高齢者保険割合 割)		
	所在地			