

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) 0120-503-743
(FAX) 0120-308-739

住所
医療機関名
医師氏名

* 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。

TEL () -
FAX () -

受診日:	月 日 (曜日) [午前・午後]
受診科:	循環器内科
フリガナ	
患者氏名	様 性別 男・女
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

検査名・部位	血管超音波検査 (頸動脈・腎動脈・下肢血管{動脈・静脈})
予約日	予約日時 月 日 () 午前 9 時

【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			