

紹介患者FAX申込用紙

FAX番号 048-497-5594 (直通)

TEL番号 0120-115-002 (予約専用)

紹介医療機関

名称	:
住所	:
電話	:
医師名	:

受診年月日 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

患者情報

フリガナ		生年月日	明治M 大正T 昭和S 平成H	年	月	日	性別	男：M 女：F
氏名								
現住所	〒	勤務先						
	電話 ()							電話 ()

保険情報は記入していただくか、保険証をFAXして下さい。

保険者番号							
記号・番号							
適用期間	年	月	日	~	年	月	日

公費負担者番号							
公費受給者番号							
適用期間	年	月	日	~	年	月	日

本人 ・ 家族 (被保険者名)	
負担割合	割

公費負担者番号							
公費受給者番号							
適用期間	年	月	日	~	年	月	日

検査内容

- ・MRI ・CT ・造影CT ・腹部エコー ・胃部内視鏡 ・大腸内視鏡 ・骨塩 ・脳波

病名【 (疑いでも可) 】

診察予約

- ・歯科口腔外科