

TMGあさか医療センター
紹介患者FAX申込用紙
FAX番号 048-497-5594
TEL番号 0570-07-2055

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 ()							

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 ・ エコー(腹部・頸動脈・心臓) ・ 胃部内視鏡 ・ 大腸内視鏡 ・ 骨塩