

検査予約用

藤田医科大学 ばんだね病院 ファクシミリ検査予約申込書

年 月 日

■ 紹介元医療機関 様

No. 1

所在地			
医療機関名			
科名	科	<TEL	- - >
医師名	先生	<FAX	- - >

■ ご希望の検査に✓を入れ、2枚目の問診票もご記入ください。

<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 骨塩定量
<input type="checkbox"/> CT検査(単純CT)	部位()	CD-R(要 ・ 不要)
<input type="checkbox"/> MRI検査(単純MRI)	部位()	頭部の場合(MRA有 ・ 無)CD-R(要 ・ 不要)
<input type="checkbox"/> いつでもよい	<input type="checkbox"/> 検査希望日	第1希望日 年 月 日()
		第2希望日 年 月 日()
		第3希望日 年 月 日()

■ 患者さんの情報をご記入ください。

フリガナ	姓	名	男・女	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名				年 月 日生まれ
郵便番号				当院 ID:()
現住所				
電話番号	自宅 ()	-	携帯 ()	-
保険種別等(該当箇所に✓を入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費				
<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所中				

※診療情報提供書は予約日の2営業日前までにFAX送信ください。

※予約受付後、「紹介患者検査予約票」をFAXにて返信いたしますので、患者さんにお渡しください。

藤田医科大学 ばんだね病院 地域医療連携センター
TEL : 052 - 323 - 5918 ・ 5927
FAX : 052 - 323 - 5726
予約受付時間 : 平日 … 8:45 ~ 19:00 土曜日 … 8:45 ~ 12:30

2018.10.10~

