

各種予約検査 事前受付FAX用紙

医療法人社団 輔仁会

太田川病院 宛

FAX : (082)-220-2812

〒732-0009

広島市東区戸坂千足1丁目21番25号

TEL : (082)-220-0221

【依頼医療機関】
病院名 :
医師名 :
電話番号 :
FAX番号 :

検査予約日	平成 年 月 日
予約検査	CT(単・造) ・ MRI(単・造) ・ 胃カメラ(経口・経鼻) ・ 胃透視

※予約された検査に○印をして下さい。

《患者様に関する項目》

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
患者氏名	(男・女)			
住所	〒			
電話番号				

《保険証に関する項目》 ◇保険証のコピーを添付される場合は記入不要です

主保険	保険者番号	記号	番号
資格取得	年 月 日		
有効期限	年 月 日		
世帯主	本人 ・ 家族 [世帯主:]		

従保険①	公費番号	受給者番号	有効期限
			年 月 日
従保険②	公費番号	受給者番号	有効期限
			年 月 日
従保険③	公費番号	受給者番号	有効期限
			年 月 日
負担割合	1割 ・ 3割		

※ 1) 予約日が決定しましたらこの用紙を御記入の上、早急にFAXして下さい。(電子カルテへ予約日登録をする関係上)
2) 検査当日に保険証・情報提供書の原本を患者様にご持参いただきますようお願い下さい。