

# 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21-25

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	C T(単・造) ・ MRI(単・造) ・ 胃カメラ(経口・経鼻) ・ 胃透視 ・ 腹エコー ・ 心エコー

※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、検査日前日まで

に情報提供書と併せてFAXして下さい。  
2) 検査当日に保険証・情報提供書の原本を患者様に持参してもらって下さい。

平成21年4月 作成