

F A X 予 約 診 療 受 付 票

F A X : 0 3 (3 4 4 3) 9 5 7 0

※必要事項を記入し FAX 頂ければ予約をお取りできます。

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)

東京高輪病院

平成 年 月 日

〈 ご紹介元 〉

〒108-8606 東京都港区高輪 3-10-11
TEL 03-3443-9191(代表)

診療科名

医師名

医療機関名

所在地

電話番号

F A X

医師氏名

科

フリガナ () 患者氏名 様	男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 歳
--------------------	-----	------------------

受診希望日 平成 年 月 日 東京高輪病院 受診歴 (有・無)	住所 〒
	電話 ()

検査依頼	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 骨密度
	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図

放射線科受診の場合のみ□にチェックを入れて下さい。
(ご注意！)
造影検査をご希望の場合は、同意書とクレアチニン検査数値の記入を忘れずをお願いします。

撮影 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	画像 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 画像が必要な場合	読影結果 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 読影結果が必要な場合
造影希望→Cre 値 ()	種類 (<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム)	送付方法 (<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵 送)
※喘息 有・無 ※アレルギー 有・無	画像 (<input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 郵 送)	

※受診者情報のご記入をお願い致します。

◎保険情報 (保険情報は下欄に記入するか、保険証のコピーを FAX していただいても結構です)

<被保険者証>

保険者番号	
記号・番号	.
資格取得日	
有効期限	~
被保険者との続柄	

<公費負担医療受給者証>

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	~

<保険適用外>

妊娠、交通事故、労災、公災、障害、その他()

※時間外の紹介に関しましては、従来通り救急診療をご利用下さい。(TEL 03-3443-9191)

※歯科口腔外科は予約制ではありません。ご紹介いただく際は、受付時間内に直接ご受診いただくようご説明をお願いいたします。

病院理念

心のこもった医療を安全に提供します。

地域連携室 TEL 03-3443-9576(直通)

FAX 03-3443-9570(専用)