②ＦＡＸ予約診療受付票

ＦＡＸ：０３（３４４３）９５７０

※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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　月　　日

**東京高輪病院**

〈 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

ＦＡＸ

医師氏名　　　　　　科

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

受診希望日　平成　　年　　月　　日

〒

住　所

電　話

　　　　　（　　　　　）

**東京高輪病院**　受診歴（ 有 ・ 無 ）

検査依頼

□ＭＲＩ　　　□ＣＴ　　　□ＲＩ　　　□マンモグラフィー　　　□骨密度

□上部内視鏡　□超音波　　□脳波　　　□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にお願いします。**

　　　撮影　　□単純　□造影　　　　　画像　　□要　□不要　　　　　読影結果　　□要　□不要

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　画像が必要な場合　　　　　　　　　読影結果が必要な場合

造影希望→Cre値（　　　　　　）　　　種類（□CD-R　　　□フィルム）　　　送付方法（□FAX　　□郵　送）

※喘息　有・無　※ｱﾚﾙｷﾞｰ　有・無　　　画像（□本人渡し 　□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＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜公費負担医療受給者証＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 | ・ |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格取得日 |  |  | 有効期限 | ～ |
| 有効期限 | 　　　　　　　　　～ |  | ＜保険適用外＞ |
| 被保険者との続柄 |  |  | 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。

医療連携・患者支援センター

地域連携係　TEL 03-3443-9576(直通)

　　　　　　FAX 03-3443-9570(専用)

月～金曜8：30～17：00　土曜8：30～12：30