

② FAX 予約診療受付票兼案内表

FAX : 03 (3443) 9570

※初めにお電話にてご予約をお願いいたします。03-3443-9576
その後必要事項を記入しFAX頂ければ予約が確定いたします。

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)

令和 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)

医療機関名
所在地
電話番号
FAX
医師氏名 科

診療科名

医師名

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

予約日 令和 年 月 日 予約時間 時 分	住所 〒
東京高輪病院 受診歴 (有・無)	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"/> 骨密度検査のみ <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 <input type="checkbox"/> 骨密度外来(身長 cm、体重 kg)
------	---

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。

(同意書は当日必ずお持ちください)

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)

送付方法 (FAX 郵 送)

※喘息 有・無 ※アレルギー 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
記号・番号
資格取得日
有効期限
被保険者との続柄

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)

※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