

FAX 用 診療・検査 申込書

送信日 平成 年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人 福慈会 福外科病院

紹介元医療機関名

所在地

希望医師

医師

TEL

FAX

医師名

受診・検査 希望日	第1希望 月 日()
	第2希望 月 日()

※当院受診歴 あり(年 月頃)・なし

フリガナ		性別 (男 ・ 女)
患者氏名	様	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	
住所	〒	Tel
検査項目	1. CT(造影 有・無)2. MRI(造影 有・無) 部位(頭・頸部・胸部・腹部・腰部・その他)	
	内視鏡 1. 胃 2. 大腸 3. PEG 交換	

※保険証・各受給者証のコピーとともに FAX して下さい。保険証等がない場合は可能な範囲で下記にご記入下さい。

保険者番号		公費等	
記号・番号		記号・番号	
自己負担割合		自己負担割合 一部負担金等	

福外科 病院 連携様式①-1

(患者さまへお渡してください。)