

# 超音波検査予約申込書(FAX用)

平成 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構 横浜医療センター 地域医療連携室宛 (FAX 045-853-8356)

紹介医療機関の名称

住所 〒(      -      )

電話番号(      -      -      )

FAX番号(      -      -      )

紹介医師名

独立行政法人 国立病院機構 横浜医療センターの受診歴 ある ない

※ありましたら診察券の番号をご記入ください。(      -      -      )

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

検査する部位を○で囲んでください。

部 位
腹部 ・ 甲状腺 ・ 頸動脈

保 険 情 報	主 保 険								本人・家族の別
	保 険 者 番 号								本 人 ・ A
	記 号 ・ 番 号	・							家 族 ・ B
	併 用 保 険								種 別
	保 険 者 番 号								老人・(      )
	受 給 者 番 号								(      )

※同時に紹介状に記入がありFAXする場合は、この欄への記載は必要ありません。

※予約日の受診の際、「患者紹介状(診療情報提供書)」と「健康保険証」を必ず患者様に持たせてください。