

脳波検査予約申込書(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暦 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 |

〒(-)

住所 _____ 電話番号(- -)

| 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。