

FAX 申込書

診 察

画像検査

チェックを入れて下さい。

放射線治療

平成 年 月 日

* 貴院情報 (ゴム印可) *

医療機関名

所在地

医師名 _____ 印

TEL

FAX

診 察 希 望 日	平成 年 月 日
受 診 科	科
希 望 医 師 名	特になし ・ 先生

画像検査 放射線治療	予約日	平成 年 月 日	時
---------------	-----	----------	---

フリガナ 患者氏名	住 所
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	TEL
様 男 女	

保 険 情 報

保 険 者 名 (番 号)									
記 号									
番 号									
被 保 険 者 と の 続 柄	本人 ・ 家族								
公 費 負 担 番 号									
受 給 番 号									

受診歴

あり なし

ペースメーカー

あり なし

* 患者様の待ち時間を短縮するために、事前にカルテを作成いたしますので上記のご記入をお願いいたします。

* 受診当日は、受付票に記載している「当日お持ち頂くもの (保険証他)」を医事課5番窓口 (地域医療連携室) に提出するようにお伝え下さい。

地域医療連携室専用

鹿島労災病院

TEL 0479-48-4668 (直通)

FAX 0479-48-3131

放射線科受付 TEL 0479-48-4111 内線 251