

# CT予約検査 事前受付FAX用紙

平成 年 月 日

医療法人たかまさ会

山崎病院 宛

FAX:082-289-0866

【紹介医療機関】

所在地:

名称:

医師名:

TEL:

FAX:

## 基本情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
住所	〒		
電話番号	自宅 ( )- -	勤務先・携帯 ( )- -	
山崎病院 診察券番号			

## 保険情報

保険者番号		公費番号	
記号		受給者番号	
番号		公費番号	
資格取得日	昭・平 年 月 日	受給者番号	
有効期限	平成 年 月 日	負担割合	割
被保険者名	本人・家族	会社名	

\* 待ち時間短縮の為、患者様が来院されるまでにカルテを作成したいと思いますので、お手数ですが上記に必須事項をご記入の上、送信くださいますようお願い致します。

\* 受診当日は必ず診療情報提供書と保険証を外来受付に提示して頂くよう、よろしくお願い致します。