

***** この面のみFAXしてください *****
【サービス申込書】

JCHO湯河原病院 電話:0465-63-2211(代表) FAX:0465-63-8601

お電話にて当院での検査・指導等をご希望とお伝え下さい。予約状況を確認し、予約をお取りします。
 その後、この申込書に必要事項ご記入後FAXしていただきます。

申込日 令和 年 月 日

受診者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	明大昭平	年	月	日(歳)
住所	〒				
	電話	()			

保険者番号	記号	本・家	有効期限
第一公費負担者番号	番号	負担割合	有効期限
第二公費負担者番号	受給者番号	有効期限	有効期限
	受給者番号		

簡単に結構ですので、病名、症状、依頼目的をご記入下さい。

…受診希望検査に○をして下さい…

<input checked="" type="checkbox"/> 放射線室	MRI / CT / 骨密度
部位:	

造影有無:	有 無
-------	-----

<input checked="" type="checkbox"/> 検査室	CAVI/ABI
腹部エコー / 心エコー / 頸動脈エコー	

<input checked="" type="checkbox"/> 栄養部	栄養指導
---	------

<input checked="" type="checkbox"/> 義肢室	義肢装具
---	------

予約日時:
月 日 () 時 分

紹介元医療機関名	
TEL	
FAX	
医師名	(印)