

(宛 先) ※FAXは24時間対応をしております。

成田記念病院 地域医療連携室

FAX : 0532-31-2279

TEL : 0532-31-2528

# ハイパーサーミア外来 受診申込書

## <お申し込みについての注意事項>

- ①お申し込み時に本申込書とともに貴院書式の紹介状、データ、画像レポートのFAXをお願いします。
- ②画像CDを当院地域医療連携室へ送付をお願い致します。
- ※①及び②を確認の上、日程調整を行い、当院連携室より連絡を致します。画像CDの送付が困難な際は地域医療連携室にご相談下さい。

申込日 年 月 日

<医療機関名>	<診療科・医師名>
<電話番号>	<FAX番号>

## 【患者様情報】

フリガナ		男・女	住所	〒	
氏名					
生年月日	T S H	年	月	日 ( 歳)	成田記念病院受診歴 有 ・ 無

※下記情報は保険証のコピーを添付でも構いません。

保険情報	保険者番号		記号／番号		
	本家	本人・家族	割合	割	有効期限

※ご記入を頂きました患者様情報は個人情報保護法の観点から、当センターの管理責任者の下、厳重に管理し予約取得目的以外では使用を致しません。

## 【受診希望日】

第1希望日	年 月 日 ( )	※日程につきましては画像CDの送付タイミング等により必ずしもご希望に添えないこともございますのでご了承下さい。
第2希望日	年 月 日 ( )	