

(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

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 R 年 月 日 (歳)	連絡先				

※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	

※ご記入いただきました患者様情報は個人情報保護法の観点から、当院の管理責任者の下、厳重に管理し予約取得目的以外では使用いたしません。

【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 ()	

紹介状等発送日	年 月 日 ()
---------	-----------

<申込方法>

- ① 本申込書をご記入の上、地域医療連携室へFAXをお願いいたします。
- ② 紹介状、各種検査データ、画像CDを地域医療連携室へ発送をお願いいたします。
- ③ 到着したデータを確認した後、調整後に貴院へ予約票のFAXをいたします。