

(宛先) ※FAXは24時間受信可能です。

成田記念病院 地域医療連携室

FAX : 0532-31-2279

TEL : 0532-31-2528

成田記念陽子線センター受診申込書

※お申込み時は貴院書式の紹介状を一緒にFAXをお願い致します。

申込日 平成 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			TEL	()	
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。

【受診形態】

受診希望枠	<input type="checkbox"/> 診察希望	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望 ※別紙1をご理解の上、お申し込み下さい。
-------	-------------------------------	--

●セカンドオピニオンをご希望の方は下記「受診者」欄のチェックもお願い致します。

受診者	<input type="checkbox"/> ご本人のみ	<input type="checkbox"/> ご本人とご家族	<input type="checkbox"/> ご家族のみ
-----	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

※注 セカンドオピニオン希望の方は別紙「セカンドオピニオン同意書」も必要となります。

【受診希望日】

第1希望日	平成 年 月 日 ()	※予約日時の調整は成田記念陽子線センターと調整を行います。状況によりお時間を頂くこともございますので何卒ご了承下さい。
第2希望日	平成 年 月 日 ()	
第3希望日	平成 年 月 日 ()	

★成田記念病院 記入欄★

患者様ID		決定日		担当	
-------	--	-----	--	----	--