

# FAX受診検査予約申込書

カルテ準備のため、お手数ですが、  
患者様情報をご記入の上、返信をお願いします。

(申込日) 年 月 日

\* 電話での検査予約は、土・日・祝日を除く、  
17時まで受付いたします。  
(TEL) 0885-32-2555 (放射線科：内線 3213)  
(FAX) 0120-308-739

住所  
医療機関名  
医師氏名

TEL ( ) -  
FAX ( ) -

\* 受診当日に予約票・紹介状・診察券・  
マイナンバーカード(保険証)等をご持参下さい。

受診日: 月 日 (曜日) [午前・午後]			
受診科: 放射線科			
フリガナ		性別	男・女
患者氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年令	歳
住所	〒		
TEL	自宅:	携帯:	
<input checked="" type="radio"/> 現在・・・入院中 ・ 入院中ではない		<input checked="" type="radio"/> 徳島赤十字病院 受診歴 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(患者番号: )	

## \* 電話での検査予約が済まれましたら(放射線科)

検査名	( ) 予約日時 月 日 時 分
-----	------------------

### 【保険情報】

保険者証	保険者番号		公費負担番号	
	記号・番号	.	受給者番号	
被保険者		資格取得 年 月 日		
資格取得 年 月 日		有効期限 年 月 日		
有効期限 年 月 日				
事業所	名称	備考 (高齢者保険割合 割)		
	所在地			