

公立学校共済組合 東北中央病院

< FAX予約申込票 >

FAX番号：0120-168-990 (病診連携室行)

1. 受診予定日 平成 年 月 日() 時 分

2. 宛先医師 放射線科 大竹 修一 医師(宛) CT・MRI・RI

撮
影
部
位

頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・乳房
副鼻腔・中耳・頸椎・胸椎・腰椎・肩
膝・その他()

3. 医療機関名

フリガナ

4. 患者名 (男・女)

5. 生年月日 M・T・S・H 年 月 日生

6. 患者住所

7. 電話番号 () - -

8. 公費負担番号

9. 受給者番号

10. 老保負担割合 (1割 ・ 3割)

11. 保険者番号

12. 記号・番号

13. 本人家族区分 (本人 ・ 家族) 15. 自賠責()

※この用紙は、紹介する患者様の保険情報を事前に東北中央病院にFAXで送信するためのものです。番号のかけ間違いにご注意ください。

※紹介の目的や検査所見などは別紙診療情報提供書にご記入いただき、患者様に持参させてください。

病診連携室直通電話：0120-703-995