

センター南駅前 内科おなかクリニック FAX 診療申込書

平成 年 月 日

貴医療施設名称：

TEL：

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日
患者連絡先	電話 — —		
病名・臨床所見			
服用中の薬			
抗凝固薬内服	なし ・ あり (継続・中止： 日間)		
アレルギー	なし ・ あり		
検査項目	上部内視鏡検査・大腸内視鏡検査・腹部超音波検査 (土曜のみ)		
検査希望日時	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 第1希望 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第2希望 平成 年 月 日		
外来希望日 (大腸検査の2日以上前) ※大腸検査時のみ	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 第1希望 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第2希望 平成 年 月 日		

《太枠内にご記入がない場合、当日手続きにお時間がかかります》

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも結構です。)

後期高齢者医療、公費情報

公費情報

保険者番号						本人	1割	負担者番号				1割	負担者						
記号		番号		家族		2割		受給者番号				3割		受給者番号					

番号

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

センター南駅前 内科おなかクリニック TEL 045-507-7522
FAX 045-507-7621