

申込日: 年 月 日

平塚共済病院 予約受付用紙  
 FAX:0463-36-7899  
 医療連携室直通

医療機関名	_____
医師氏名	_____
TEL	_____
FAX	_____

【1】患者さんの情報 平塚共済病院受診歴: 有 (ID: ) ・ 無 ・ 不明

ふりがな			
氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住所			TEL

【2】受診予約

科	医師	症状
---	----	----

【3】検査予約

<input type="checkbox"/>	単純CT	部位		
<input type="checkbox"/>	単純MRI	妊娠(有・無)	体内金属(有・無)	刺青(有・無)
<input type="checkbox"/>	胃カメラ	感染症検査	未実施・済み	(採血日: )
<input type="checkbox"/>	胃瘻交換	種類	サイズ	Fr cm
		感染症検査	未実施・済み	(採血日: )
<input type="checkbox"/>	心臓CT	血清Cr値(6ヶ月以内)	(採血日: )	
<input type="checkbox"/>	日帰り心臓カテーテル	造影剤アレルギー(有・無)	ビグアイド製剤の服用(有・無)	
<input type="checkbox"/>	骨密度	<input type="checkbox"/>	運動処方外来	

【4】希望日時

第1希望日	第2希望日	第3希望日
月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
備考		

【5】保険証の内容 (分かる範囲でご記入ください)

被保険者氏名	保険者番号	負担割合
記号	番号	
公費負担番号	公費受給者番号	

ご紹介ありがとうございます。

○診療情報提供書を患者さんにお渡しください。

○FAXによる各種予約は24時間受付可能です。予約の回答は、診療日(平日)8:30~19:00となります。

○お問い合わせは TEL 0463-32-1950 までお願いいたします。