

予約申込書(FAX)

FAX : 03-3764-7482

TEL : 03-3764-7481

東京品川病院 患者支援センター(地域連携室) 行 西暦 年 月 日

科	先生	医療機関名
所在地		
TEL		
FAX		
医師名		

該当するものに○印をして下さい。

1. 外来診療	2. 入院診療	フィルム	CDR
3. 検査(検査名	部位	要	否

予約日時	年	月	日	時	分
フリガナ					
患者氏名	殿	男・女	明・大・昭・平	年	月 日生
住所	〒	-	電話		
			・自宅	-	-
			・その他連絡先	-	-

<被保険者証>

保険者番号									
記号 番号									
資格取得日	昭・平	年	月	日					
被保険者名								続柄	

<第1公費負担医療受給者証>

負担者番号									
受給者番号	/								
有効期間	平	年	月	日	~	年	月	日	

<保険適用外>

妊娠・交通事故・労災・障害・生保・私費

<第2公費負担医療受給者証>

負担者番号									
受給者番号	/								
有効期間	平	年	月	日	~	年	月	日	

○ 連絡事項 (さしつかえない範囲で患者さまについての病状をお知らせ下さい。)