

保険情報送信様式 (FAX用)

紹介元

貴院名 : ○○病院・クリニック
 医師名 :
 TEL :
 FAX :

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月 日 () 時 分	
診察	診療科 : 科	予約医師 :
CT	※必須 撮影部位 単純 ・ 造影	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。 eGFR > 又は(Cr: mg/dl) (検査日 :) 造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。
MR I		
マンモグラフィー	相模原市検診以外 相模原市 検診	※レポート有ります。 相模原市(受診券等)は使用できません。 ※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。
エコー	撮影部位 :	
その他		

CT・MRの造影依頼時には検査値をお願いします。

病名(主訴)	
予約目的	

瀏野辺総合病院に受診した事がありますか？(可能であれば、お願いします。)

受診歴	無 ・ 有 : 診察券番号【 () 】 ・ いつごろの受診ですか？ ()
-----	--

フリガナ		男・女	明 大 昭 平
患者氏名	様	女	年 月 日生 才
住所	〒 -	TEL	連絡のとれる電話番号をお願い致します。

- ・ 予約当日
 - 受付にはお時間に余裕を持って
 - ご来院 (正面玄関入ってすぐの受付へ) 下さい。
- ・ 持ち物
 - ・ 診療情報提供書
 - ・ 造影剤同意書 (造影検査の方のみ)
 - ・ 保険証 (医療受給者証)
 - ・ 診察券 (受診歴がある方のみ)

医療法人社団相和会
瀏野辺総合病院
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 TEL **042-754-3302**
 直通 FAX **042-754-3323**

2012.10.31 H P 用

①電話にて、予約枠を取得
 8:45~17:30 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 042-754-3302

②保険情報送信様式(FAX用)の送信
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 FAX 042-754-3323

③当日、紹介状と必要書類(同意書等)をご持参いただけますよう、患者様へお渡し下さい。

保険情報送信様式（FAX用）

紹介元

貴院名：

医師名：

TEL：

FAX：

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要個所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月		日	()	時	分
診 察	診療科：	科	予約医師：			
C T	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。			
			eGFR >	又は(Cr:	mg/dl)	(検査日:
MR I			造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。			
マンモ グラフィ	相模原市検診以外		※レポート有ります。 相模原市（受診券等）は使用できません。			
	相模原市 検診		※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。			
エコー	撮影部位：					
その他						

病名（主訴）	
予約目的	

浏野辺総合病院に受診した事がありますか？（可能であれば、お願いします。）

受 診 歴	無 ・ 有 : 診察券番号【	】・いつごろの受診ですか？（	）
-------	----------------	----------------	---

フリガナ		男 ・ 女	明 大 昭 平
患者氏名			年 月 日生 才
住 所	〒 -		TEL 連絡のとれる電話番号をお願い致します。

・予約当日

受付にはお時間に余裕を持って

ご来院（正面玄関入ってすぐの受付へ）下さい。

・持ち物

- ・ 診療情報提供書
- ・ 造影剤同意書（造影検査の方のみ）
- ・ 保険証（医療受給者証）
- ・ 診察券（受診歴がある方のみ）

医療法人社団相和会

浏野辺総合病院

メディカルサポートセンター

地域医療連携課 医療連携係

直通 TEL 042-754-3302

直通 FAX 042-754-3323