診察・検査FAX予約申込書 （FAX送信票）

申込日　　年　　月　　日

武蔵野赤十字病院　医療連携センター　行

FAX:0422－34－6550　　TEL:0422－32－3111 （内線7520）

※予約受付時間 8:30～17:00 ≪当日予約は11:00まで≫

診察の予約		CT・MRI検査のみの予約	
受診科	科	受診科	放射線科
希望医師		検査内容	CT ・ MRI （単純・造影） 造影の場合は、『チェックリスト』も併せてご記入ください
希望日時	第1希望　月　日（　曜日） 午前 ・ 午後　時 ごろ	検査結果出力	CD－R ・ フィルム 必ずどちらか丸印をお願いします
	第2希望　月　日（　曜日） 午前 ・ 午後　時 ごろ	撮影部位	
		希望日時 午後2時台・3時台のみ	第1希望　月　日（　曜日） 第2希望　月　日（　曜日）

紹介目的及び患者情報（紹介状をご用意ください）

武蔵野赤十字病院への受診歴の有無	有（　年　月頃　）・無								
フリガナ									
患者氏名	（旧姓）　（男 ・ 女）								
生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日（満　才）（*小児満　才　ヶ月）								
現住所	〒　－							電話番号	（　）
								世帯主	世帯主との続柄
保険情報（保険証等(写)をFAXいただければ記載不要です）									
主保険	保険者番号								（本人・家族）
	記号			番号					該当する方に○印を付けてください
後期高齢	市町村番号	3	9						負担割合　割
	受給者番号								
公費	負担者番号								有効期限　年　月　日　より
	受給者番号								年　月　日　迄

貴医療機関名
担当医師名
住所
電話番号
ＦＡＸ番号

※緊急時や入院要請は、各科緊急連絡先(外来担当医表参照)に直接ご連絡をお願いします。

※予約受付手続き後、「診察予約票」をFAXにて返信しますので、患者さんにお渡しください。
「診察予約票」は、17時以降は翌日、休診日(土・日・祝日・5月1日・年末年始)は休診日明けに返信します。
返信がない場合は、お手数ですが、医療連携センター　FAX予約担当までお問合せください。

※当「予約申込書」「造影検査用チェックリスト」「外来担当医表」は医療連携センターまでご請求ください。
当院ホームページからダウンロードできます。

※「診察・検査予約申込」は、医療機関からのみ予約できます。