

## 山下病院 紹介受診案内

病院名 .....

医師名 .....

● 事前にお電話での検査予約  あり ・  なし

●お電話での検査予約が「あり」の場合はご記入ください。

予約日                      年      月      日      (      )

検査名      上部消化管内視鏡 ・ 下部消化管内視鏡 ・ 大腸CT  
                  腹部CT ・ 腹部超音波 ・ その他 (                      )

● 下枠をご記入ください。

患者情報	氏名	(フリガナ)	男・女	住所	〒      -
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	TEL (      )	-
	山下病院受診実績	あり・なし		年 月	

● 保険証情報は下枠をご記入いただくか、カルテの表紙、若しくは保険証の写しを添えてFAXしてください。

保険証情報	保険者番号	記号・番号			
	被保険者氏名	被保険者との続柄	本人 ・ 家族		
	公費負担者番号	公費受給者番号			
	資格取得日	平・令	年 月 日	自己負担割合	割
	その他				

※ この用紙は受診案内です。  
 受診当日は必ず診療情報提供書と保険証をご持参ください。

山下病院地域医療連携室      FAX番号    0586-47-1845  
 お問い合わせ先              TEL番号    0586-45-4516