

## FAX予約申込票(健診結果受診)

国立病院機構 茨城東病院

地域医療連携室 宛

F A X 029-287-8638

年 月 日

T E L 029-282-1151

※ 受付時間…月～金曜日(土、日、祝日は除く) 8:30～16:30

フリガナ

お 名 前

電 話

F A X

(フリガナ) 氏 名	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 ( 歳) 性別 男・女 茨城東病院受診歴 有・無・不明 (晴嵐荘時代も含めどれかに○をつけてください。)
紹介医療機関	
受診科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科
精査項目	
受診希望年月日	第1希望 月 日 ( 曜日) 第2希望 月 日 ( 曜日)

患者保険項目	社保・国保 (本人・家族) その他
患者住所	〒 電話番号 ( )
保険証の 記号・番号	記号 番号
保険者番号	

※ 後期高齢者医療被保険者証 ( 有 ・ 無 ) 1割負担 ・ 3割負担

公費負担者番号	受給者番号
---------	-------

1. この予約申込票を、FAXで送信して下さい。
2. 折り返し、予約日、予約時間等の予約票をFAX送信差し上げます。
3. カルテ作成のために保険証記号・番号・保険者番号等をご記入下さい。
4. 受診時に健診結果を持参していただきますようよろしくお願いいたします。

送信FAX番号 029-287-8638

2019.9.1作成