

平塚共済病院用 予約受付用紙

※この用紙は、FAXによる受付用紙です。

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院
医療連携室

FAX:0463-36-7899 (医療連携室直通)

年 月 日

医療機関名

申込医師氏名

TEL

FAX

【1】患者さんの情報

平塚共済病院受診歴: 有 (ID:) ・ 無 ・ 不明

ふりがな

○ 氏名 _____ ○ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ 住所 _____ ○ TEL _____ ()

【2】受診予約・検査予約 (1. 2のいずれかを○で囲んで下さい)

1. 受診 _____ 科 _____ 医師 _____

2. 検査(項目を○で囲んで下さい。)

単純CT ・ 単純MRI 検査する部位: _____

胃カメラ ・ 心臓CT ・ 骨密度 ・ 胃瘻交換 ・ 日帰り心臓カテーテル

※胃カメラ・胃瘻交換希望の方 → 感染症検査: _____ 済み ・ 未実施 _____ (採血日: _____)

※胃瘻交換の方(胃瘻の種類) → 変更前 _____ → 変更後 _____

※心臓CT・日帰り心臓カテーテル希望の方

→ 血清Cr値(6カ月以内): _____ (採血日: _____)

ビグアイド製剤の服用: _____ 有 ・ 無

造影剤アレルギーの有無: _____ 有 ・ 無 ・ 不明

【3】希望日時

| 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 |
|---------|---------|---------|
| 月 日 () | 月 日 () | 月 日 () |
| その他備考欄 | | |

【4】保険証の内容 (分かる範囲で、ご記入下さい)

| 被保険者氏名 | 保険者番号 | 負担割合 |
|---------------------|---------|------|
| 記号 | 番号 | 割 |
| 公費負担番号 | 公費受給者番号 | |
| その他該当するものに○をつけて下さい。 | | |

ご紹介ありがとうございます。

○診療情報提供書を患者さんにお渡し下さい。

○FAXによる各種予約の受付時間は24時間受付可能ですが、申込当日に予約の回答をご希望される場合は、診療日(平日)8:30~19:00までをお願いします(それ以外の時間帯は、翌診療日の回答となります)。

○診察受付に関するご質問は、TEL 0463-36-1652 (医療連携室直通)まで、お願いします。