

# 内視鏡検査申込書

〔 日本医科大学武蔵小杉病院 内視鏡センター 〕

〔 紹介元医療機関名 〕

〔 住所 〕 〒

〔 医師氏名 〕

印

〔 TEL 〕

( )

〔 FAX 〕

( )

検査予約 申込日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分	
申込 検査種別	上部消化管内視鏡検査 : 1 経口内視鏡検査							
	下部消化管内視鏡検査 : 1 大腸内視鏡検査							
紹介患者	フリガナ				生 年 月 日	明 大	年 月 日	男・女
	氏名					昭 平		歳
	連絡先	( )			受診歴	無・有 [診察券No]		
	住所	〒						

〔 ご案内 〕 紹介患者保険情報記入欄は、保険証等の写しをFAX送信いただける場合には、ご記入は不要です。

保険者番号							
記号・番号	〔 記号 〕			〔 番号 〕			
被保険者氏名			続柄	本人・家族	負担割合	割	
資格取得・認定日	年 月 日		交付日		年 月 日		
有効期限	年 月 日		～	年 月 日			
公費負担番号				公費負担受給者番号			
交付日	年 月 日						
有効期間	年 月 日		～	年 月 日			
公費負担番号				公費負担受給者番号			
交付日	年 月 日						
有効期間	年 月 日		～	年 月 日			

〔 内視鏡検査申込書送信先FAX番号 〕 **0 4 4 - 7 1 1 - 8 7 1 3**

◀ 問合せ先 ▶

日本医科大学武蔵小杉病院 医療連携室

TEL : 044-712-9250 (直通) 044-733-5181 (代表)

〒 211-8533 神奈川県川崎市中原区小杉町1-383