

受診連絡票
(保険情報記入用紙)

希望記入欄	受診診療科		申込日		検査のみ	検査種				
	医師名		年	月		CT・MRI				
			日			部位				
	受診希望日(申込当日の受診は予約できません。/予約状況によってはご希望に沿えぬ場合があります。)									
	(第1希望)	月	日	()	午前・午後	(第2希望)	月	日	()	午前・午後

貴医療機関について	医療機関名		電話番号	
			Fax番号	
	住所	〒	診療科	
			医師氏名	

患者様について	フリガナ		(男・女)	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
	ご氏名							
	住所							
	Tel.							
	江東病院の受診歴	無・有 (江東病院のID番号[])						

保険情報記入欄	■被保険者証 (本人・家族)				■第1公費負担医療受給者証				
	保険者番号								
	記号・番号								
	資格取得日								
	有効期間								
		■第2公費負担医療受給者証							
		負担者番号							
		受給者番号							
		有効期間	~						
			負担者番号						
		受給者番号							
		有効期間	~						

- 注1).ご来院の際は必ず保険証、紹介状をお持ち下さるよう、患者さまにお伝え下さい。
 注2).江東病院の受診歴がある方は、診察券も併せてお持ち下さい。
 注3).やむを得ずご希望の医師が交代することもありますので、予めご了承ください。