

Fax : 03(3685)2766

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(単純・造影)			
			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								
					負担者番号				
					受給者番号				
					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	~				

- 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。

(お問い合わせ先)
社会医療法人社団 順江会 〒136-0072
江東病院 医療連携室 東京都江東区大島6-8-5

Tel. 03-3685-2166(代表)
 e-Mail. renkei@koto-hospital.or.jp