

診療情報提供書

東京厚生年金病院 RI (アイソトープ) 検査予約票

東京厚生年金病院 RI 室 3269-8111・内線 2433 (月～金 8:30～17:00)

検査項目 骨シンチ
負荷心筋血流シンチ
脳血流シンチ
その他 ()

検査予約日時
_____月_____日_____時_____分

診療情報提供書

患者さま氏名 : _____ 殿

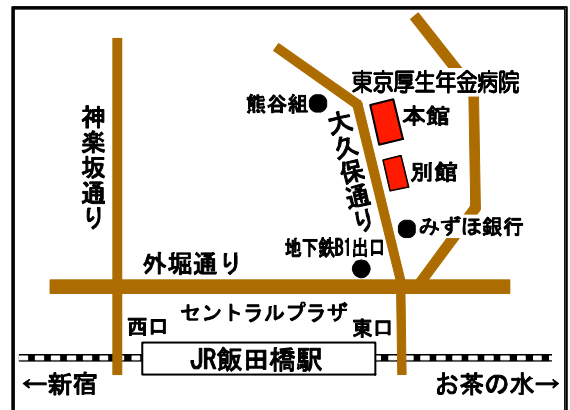
依頼医師 : _____ クリニック・医院 _____ 先生

臨床診断 : _____

検査目的・症状・既往歴等 : _____

患者さまへ

- 必ずこの予約票を持ってお越し下さい。
- 東京厚生年金病院は飯田橋駅下車東口またはB1出口より徒歩3分です(総武線、東西線、有楽町線、南北線、大江戸線)。
- 上記検査予約時間の40分前までに、本館1階の地域医療連携室(本館1F/入退院窓口隣)までお越し下さい。
- 保険証を忘れずにご持参下さい。
- 検査の前に医師の問診があります。
- 検査をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡下さいますようお願い申し上げます。



この面のみ FAX ください

診療情報提供書（検査申込書）

東京厚生年金病院 検査予約専用

TEL 3269-8111（内線 2433） FAX 03-5261-4738

当院の検査をご希望の時は予約専用番号にお電話ください。短時間で予約をとりお返事いたします。その後この用紙にご記入いただき、このページを FAX していただければ、前もってカルテを作成しておき、診療・検査がスムーズに運びます。

記入日： 平成 年 月 日
生年月日（明 大 昭 平） 年 月 日

フリガナ

受診者氏名 (男 女) 職業

現住所 都道府県 区市郡

電話

保険証の被保険者・世帯主氏名

職業

勤務先名称 勤務先所在地

電話

保険者番号							記号	番号	本人 家族

公費負担者番号							受給者番号					割合
												割
												割

東京厚生年金病院

紹介元医療機関名

受診希望検査：

R I ()

TEL

FAX

医師名

印

予約日時：

月 日 () 時 分