

医療機器共同利用・予約確認票 [患者様用] (様式-2)

平成 年 月 日

紹介元医療機関

国際医療福祉大学塩谷病院地域医療連携室

名 称

様

〒329-2145 矢板市富田77
TEL 0287-44-2722
FAX 0287-43-4788

患者氏名	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	男・女
検査項目	1. 単純撮影 2. 造影撮影			
検査日時	年 月 日 ()	午前 午後	時 分	塩谷病院「はじめての受付」 までお越しください。

検査を受ける患者さまへ

○ 検査当日、検査時間の15分前までに塩谷病院の「はじめての受付」までお越し下さい。

○ 下記のものを持参し、受付にお出してください。

1. 診療情報提供書 (紹介元の先生からいただってください。)
2. 医療機器共同利用・予約確認票 (この用紙です。)
3. 健康保険証
4. 塩谷病院の診察券 (受診歴のある方のみ)
5. 問診表 (MRI単純・造影、CT造影の方のみ)

○ 検査料のお支払いについて

1. 検査終了後、病院中央受付・計算係に検査伝票をお出しいただき、会計窓口(レジ)にお支払いください。

※ 交通事故にて検査を受けられる方は、事前に申し出をお願いいたします。(該当する方へ○を付けて下さい。)

- 1.自動車損害賠償責任保険を利用して、個人負担の窓口への支払いがない方。
- 2.自分が加入している健康保健を利用して、個人負担を窓口にて支払いしている方。