



## ◀ F A X 専用検査申込書 ▶

紹介先医療機関

船橋総合病院

連携担当宛

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

フリガナ		生年月日	T・S H・R	年	月	日 ( 歳 )	男・女
患者氏名	様						
住所							
電話番号	( )						
検査内容	PSG (睡眠時無呼吸検査)						
入院検査日	月	日 ( )	時間	18時00分			
船橋総合病院受診歴 無・有 (診察券番号 - )							

☆下記の太枠内にご記入いただくか、保険証等のコピーを添付していただいても結構です

保険者番号							
記号・番号・枝番号							
被保険者氏名						本人・家族	
資格取得日	年	月	日				
公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							
公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							

<input type="checkbox"/>	前期高齢者医療被保険者証 ( 割負担 )
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療被保険者証 ( 割負担 )
<input type="checkbox"/>	生活保護
<input type="checkbox"/>	自費
<input type="checkbox"/>	母子・父子 ( 円 )
<input type="checkbox"/>	その他 ( )
<input type="checkbox"/>	

↑  
上記のいずれかに該当する患者様の場合は、  
該当する項目にチェックをお願いします。