

JCHO 東京新宿メディカルセンター カラ・IC-検査予約票兼診療情報提供書

患者サポートセンター TEL 03-3269-8115 (月～金 8:30～17:00)
FAX 03-5261-4738

当院の検査をご希望の際は、患者サポートセンターへお電話ください。

(短時間でご予約をお取りいたします。) その後、本用紙にご記入の上、FAXして下さい。

患者さんがスムーズに検査が受けられるように事前に準備いたします。

※FAX 後は本用紙を患者さんにお渡し下さい。

①検査の種類と部位 (該当するものに○をしてください)

胃カメラ	大腸カメラ
超音波検査 (心臓・腹部消化器領域・腎臓領域・甲状腺・頸動脈)	

②医療機関名 (紹介元)

(医療機関名) (住所・電話)	先生
--------------------	----

③検査予約日

_____月_____日 () _____時_____分

④診療情報提供書

患者氏名	(フリガナ)	生年月日 (西暦)	年	月	日
	(男・女)				
現住所		電話番号			
臨床診断 (傷病名等)					
検査目的・症状・既往歴等 (別添にて患者さんが紹介状をご持参いただいても結構です)					

〈患者さんへご案内ください〉

- 必ずこの書類とお薬手帳、マイナンバーカード(マイナ保険証)または健康保険証をご持参のうえ、当院 本館 1 階 『患者サポートセンター』へお越しください。
当院の診察券をお持ちの方は診察券もお持ちください。
- 後日当院より、「予約券」をご自宅宛で発送いたします。(この用紙もご持参ください。)
★超音波検査のみ紹介元医療機関様へ Fax 送信いたします。
- 後日送付される「予約券」に、検査前等の注意事項が記載されておりますので、必ずお読みください。
- 検査をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡くださいますようお願いいたします。
- 当院は、飯田橋駅下車東口または B1 出口より徒歩4分です。
(総武線, 東西線, 南北線, 有楽町線, 大江戸線がご利用いただけます。)
(お問い合わせは下記まで)

東京都新宿区津久戸町 5-1 JCHO 東京新宿メディカルセンター

患者サポートセンター 03-3269-8115(直通) (受付時間: 月～金 8:30～17:00)