

小張総合病院

紹介医療機関の所在地・名称

科 _____ 先生 _____

予約希望日時： 無

第1希望 / () AM・PM(:)

第2希望 / () AM・PM(:)

来院予定日時： / () AM・PM(:) 頃

科名 _____ 科 _____

医師名 _____ 印 _____

小張総合病院受診歴 (有・無・不明)

登録番号【No. _____】

フリガナ _____	明・大・昭・平
患者氏名 _____	男・女 _____ 年 月 日生 (歳)
住所 〒 _____	※必ず記入下さい TEL _____
傷病名 _____	

ファクシミリ診療申込書

FAX送信先：地域医療連携室 04-7124-6888

手続き方法 詳しくはホームページでもご覧になれます。 <http://www.kobari.or.jp>

* 来院日時については、患者様に折返しご連絡を致します。

* ご来院の際は、紹介状・保険証とこの用紙を **1F地域医療連携室**へ直接ご提出して下さい。
係が診療のご案内を致します。

FAX受付時間 平日 9:00~17:00 土曜 9:00~12:00

※受付時間以降の受信は翌日処理となりますが、24時間受信可能です。

- ・ FAXでお送りいただくのは、事前にカルテを作成するためのものです。
- ・ 保険証の番号等、受付に必要な事項を必ずご記入下さい。

お知らせ

- ・ ご指定いただきました医師が休診の場合、別の医師が拝見させていただく場合がございます。
- ・ 来院時は裏面の案内をご参照下さい。

※ファクシミリによる診療申し込みを行なった場合、カルテ作成等の時間が短縮されますのでご協力下さい。

お問い合わせ・連絡先：小張総合病院 地域医療連携室 TEL 04-7124-6666 (代表)

FAX 04-7124-6888

* 保険情報をご記入いただくか、保険証をFAXしてください。

保険者番号						本人
記号		番号				家族

公費負担者番号									
公費受給者番号									
負担割合	1・2・()割								