

## 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

小張総合病院受信暦 ( 有 ・ 無 ・ 不明 )

登録番号【No. 】

フリガナ	明・大・昭・平・令
患者氏名	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 04-7126-0467

**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、患者様に折り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受付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ください。

※ファクシミリによる診療申し込みを行った場合、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 04-7126-0467

\* 保険情報はご記入いただくか、保険証をFAXして

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								