

小張総合病院

科名

科

科

先生

予約希望日時: 無

第1希望 / () AM・PM (:) 医師名

第2希望 / () AM・PM (:)

来院予定日 / () AM・PM (:)頃

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・令
患者氏名	男・女 年 月 日生(歳)
住所: 〒 -	※必ず記入ください TEL: - -
傷病名	

ファクシミリ診療申込書

FAX送信先: 医療福祉相談室 04-7126-1467

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](http://www.kobari.or.jp)

※来院日時については、患者さまに折り返しご連絡をいたします。

※ご来院の際は、紹介状・保険証とこの用紙を1F受付へ直接ご提出ください。

係が診療のご案内をいたします。

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ください。

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。

※ファクシミリによる診療申込を行った場合、カルテ作成等の時間が短縮されますのでご協力ください。

お問い合わせ・連絡先: 小張総合病院 医療福祉相談室 TEL 04-7124-6666(代表)
FAX 04-7126-0467

※保険証番号は下記にご記入いただくか、保険証写しを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								