

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介医療機関の所在地・名称

小張総合病院

科名 _____ 科

_____ 科 _____ 先生 医師名 _____ 印

予約希望日時: 無 _____ 登録番号【No. _____】

第1希望 / () AM・PM (:)

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)

フリガナ

明・大・昭・平・令

患者氏名 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

※必ず記入ください

住所 〒 _____ - _____ 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 04-7126-0467

◆手続き方法◆ 詳しくはホームページでご覧いただけます。

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『病院棟1階受付』または『外来棟1階受付』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9:00~16:00 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時間受診可能です。

・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～

お問合せ・連絡先: 小張総合病院 医療福祉相談室 TEL 04-7124-6666(代)
FAX 04-7126-0467

保険証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 ・ 家族 |
| 記号 | 番号 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 負担割合 | 1・2・()割 | | | | | | | |