

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)
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