

整形外科受診予約申込書

◆紹介元医療機関

病院名：			
医師名：			
所在地：〒	—		
TEL：	()	FAX：	()

病名			
主症状			
受診希望日	第1希望	月 日 ()	希望医師
	第2希望	月 日 ()	
	第3希望	月 日 ()	
	<input type="checkbox"/> いつでも可		
			※あればご記入下さい
			<input type="checkbox"/> なし

※この受診予約申込書とともに、診療情報提供書のFAX送信お願いいたします。
 予約をお取りしましたら、受診日のお知らせをFAX送信させていただきます。

◆患者様個人情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所	〒 —	TEL:	

がくさい病院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	がくさい病院 診察券番号 <small>(わかればご記入下さい)</small>	
-----------	------------	---	--

◆被保険者情報(保険証コピーをFAX送信して頂いても結構です)

保険者番号		公 費	負担者番号		
記号	番号		受給者番号		
被保険者	本人・家族	交付年月日	年 月 日		
資格取得年月日	年 月 日	負担割合	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 10割		
有効期限	年 月 日				

◆予約・お問い合わせ先

がくさい病院 地域医療連携課

電話受付時間：月曜日～金曜日 9:00～16:00 (祝祭日を除く)

なお、受付時間外にFAXを送信して頂きました際は、翌日(土曜日・祝祭日を除く)にご連絡いたします。

TEL:075-754-7113(直通) FAX:075-754-7100(代表)