

大田市立病院診療予約申込書(FAX)

年 月 日

大田市立病院医事室予約担当 行き

紹介先診療科(ご希望の診療科に○印をお付け下さい)

内科 ・ 内分泌内科 ・ 呼吸器内科 ・ 消化器科
 神経内科 ・ 循環器科 ・ ペースメーカー外来
 腎臓内科 ・ リウマチ外来 ・ 血液腫瘍内科
 総合診療科 ・ 小児科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科
 外科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 産婦人科
 耳鼻いんこう科 ・ 放射線科 ・ 麻酔科

医療機関名: _____

医 師 名: _____

T E L: _____

F A X: _____

第1受診希望日 年 月 日 曜日

第2受診希望日 年 月 日 曜日

第3受診希望日 年 月 日 曜日

希望する医師名(医師)・希望なし 診療担当医一覧にて曜日をご確認下さい。

患者様基本情報

フリガナ _____ T・S

患者氏名 _____ 様(男・女) H・R 年 月 日生まれ(歳)

住 所 _____ TEL: _____

病名(疑い病名): _____

保険情報		公費負担医療者受給者表	
被 保 険 者 証		負担者番号	
保 険 者 番 号		受給者番号	
記 号 ・ 番 号			
有 効 期 限		後期高齢者医療被保険者証	
被保険者氏名		市町村番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	受給者番号	
診 療 区 分	一般疾病 業務上 通勤途中 交通事故		

※ 事前にカルテの準備をおこないますので、上記の保険情報を記載していただくか、保険情報の記載されたカルテ表紙のFAXをお願いいたします。

FAX予約受付時間 平日:午前9:00~午後5:00
 FAX番号 0854-84-7827
 お問い合わせ 0854-82-2180

※ FAXによる申し込みを受けてから概ね15分以内を目安として、診療予約票をFAXいたします。

(診療予約申込書はコピーしてご使用下さい)