

# 大田市立病院診療予約申込書(FAX)

平成 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）	医療機関名：
内科 ・ 内分泌内科 ・ 消化器科 ・ 神経内科 ・ 循環器科	医 師 名：
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	T E L：
総合診療科 ・ 小児科 ・ 外科 ・ 呼吸器外科 ・ 心臓血管外科	F A X：
整形外科 ・ 脳神経外科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 産婦人科	
放射線科 ・ ペインクリニック	

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

M・T

患者様氏名 様(男・女)

S・H 年 月 日生まれ( 歳)

住 所

TEL:

## 保険情報

被 保 険 者 証	
保 険 者 番 号	
記 号 ・ 番 号	
有 効 期 限	
被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 と の 続 柄	本 人 ・ 家 族

## 公費負担医療者受給者証

負 担 者 番 号	
受 給 者 番 号	

## 後期高齢者医療被保険者証

保 険 者 番 号	
被 保 険 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)