

大田市立病院診療予約申込書(FAX)

令和 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 ・ 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
整形外科 ・ 脳神経外科 ・ 外科 ・ 皮膚科
泌尿器科 ・ 産婦人科 ・ 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 _____ M・T

患者氏名 _____ 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表

| | |
|-------|--|
| 負担者番号 | |
| 受給者番号 | |

後期高齢者医療被保険者証

| | |
|-------|--|
| 市町村番号 | |
| 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)