

# 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・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  
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:

## 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)