



FAX (0859)48-0376

博愛病院 紹介患者予約受付用FAX用紙

年 月 日

紹介目的	診療科	<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他記載 ()	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 眼科
	指定医師	無 ・ 有	医師名			
	主訴(病名等)					
受診希望日	第1希望日	年	月	日	担当医師 への事前 連絡	有 医師名 ()
	第2希望日	年	月	日		
	第3希望日	年	月	日		無

※緊急時や当日の場合、電話で事前の来院連絡をいただいている患者様は、下記のみご記入ください。
事前にカルテをご用意します。(保険情報は保険証もしくはカルテのコピーをFAXしていただいてもかまいません。)

フリガナ	M・T・S・H・R			性別	
氏名	様	年	月	日 (歳)	男 ・ 女
住所	〒 — TEL () —			当院受診歴	
有 ・ 無					

保険情報 本人 家族

保険者番号		資格取得	年	月	日
記号・番号	.	有効期限	年	月	日
被保険者 (世帯主)					
後期	広域連合番号	資格取得	年	月	日
	被保険者番号	有効期限	年	月	日
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 3割			
公費	負担者番号	資格取得	年	月	日
	受給者番号	有効期限	年	月	日

その他記載事項

病院・診療所名
施設名
医師氏名

TEL
FAX

地域連携室受付時間	本書送信先
平日 8:30~17:00 休診日 土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)	博愛病院 患者支援部 地域連携室 TEL (0859)48-0377 FAX (0859)48-0376

※折り返し、「予約票」をFAX致します。患者様にお渡しくださいますようお願い致します。
※時間外・夜間・休日の電話・FAXは代表番号へ切り替わります。予約手続きは翌平日となりますので、ご了承ください。
※当日紹介については、FAX予約は致しかねますご了承ください。