



FAX: (0859) 48-0376

博愛病院 紹介患者予約受付用FAX用紙

年 月 日

患者様は貴院でお待ちでしょうか はい いいえ

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	有	医師名			緊急性 <input type="checkbox"/> 有
	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		

※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	旧姓 ( )	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	
記号・番号	・
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
公費	負担者番号
	受給者番号

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

平日 8:30~17:00  
休診日 土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)

本書送信先

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。