



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	☐ 循環器内科 ☐ 消化器内科 ☐ 脳神経内科 ☐ 糖尿病内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 外科 ☐ 乳腺外科 ☐ 整形外科 ☐ 産婦人科 ☐ 眼科 ☐ 放射線科 ☐ 泌尿器科 ☐ 皮膚科 ☐ アレルギー疾患内科 ☐ 腎臓外科 ☐ その他記載 ()				
	指定医師	有	医師名			緊急性 ☐ 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	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 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		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。