



FAX (0859)48-0376

博愛病院 紹介患者予約受付用FAX用紙

紹介目的	診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 脳神経小児科 <input type="checkbox"/> 小児リハビリ <input type="checkbox"/> 皮膚科					
	指定医師	無	有	()	先生)	<input type="checkbox"/> 診察・加療 <input type="checkbox"/> その他	
	主訴(病名等)						持参 フィルム
受診希望日	第1希望日	年 月 日				担当医師 への事前 連絡	済
	第2希望日	年 月 日					未

※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	性別
氏名	様			年 月 日生 (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

()

平成 年 月 日

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	博愛病院地域連携室
休診日 土曜・日曜・祝日・年末年始	TEL (0859)48-0377
	FAX (0859)48-0376

※本書を受信、手続き後に「予約票」をFAX致します。患者様にお渡しく下さい。
 ※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。
 ※時間外・夜間・休日に来院された紹介患者様の来院報告は、翌平日に送信致します。
 ※祝祭日・年末年始の受付は出来ません。
 ※当日紹介については、FAX予約はできません。

※御多忙の折りですので、最低必要項目のみご記入下されば結構です