様式第1号

ＦＡＸ 受 診 予 約 申 込 書

　　　年　　月　　日

海部病院地域医療センター　　あて

FAX　０１２０－６８９－７１７（専用）

　TEL　０８８４－７２－１１６６（代表）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　（　　　　　）　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　（　　　　　）　　　－

|  |  |
| --- | --- |
| 受診科 | 科 |
| 受診希望医師名 | 医師 |
| 受診希望日時 | 平成　　　年　　　月　　　日　（　　曜日）　（　　　）時頃 |

【受診者の情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 |  |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日（　　　歳） | 性別 | 男　・　女 |

【連絡事項記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 |  |
| 病状 |  |
| その他要望 |  |

※FAXの受付時間は、月～金の午前9時から午後5時となります。

　原則として、FAX受診から30分以内に予約票を返送いたしますが、時間内に返送がない場合や、

お急ぎの場合は電話連絡をお願いいたします。

なお、受診当日は、予約票、保険証類、診療情報提供書、診察券等の持参と受付が必要です。

※海部病院で受診歴のない方は、保険情報もFAXしてください。