

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。