

F A X 受 診 予 約 申 込 書

申 込 日 令 和 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 名

T E L () -

F A X () -

フリガナ			
患 者 名			性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	年 齢 歳
住 所			
T E L	() -		

受 診 科		科	医 師 名	
受 診 希 望 日	<input type="checkbox"/> 希望日なし			
	第 1 希 望	令和	年 月 日	(曜日)
	第 2 希 望	令和	年 月 日	(曜日)
	都合のわるい日			
主 な 症 状	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書添付			

* 下記にもご記入下さい (保険証コピー可)

保 険	保険者番号											
	記号番号											
	被保険者名											
被保険者との続柄		本人 ・ 家族										
資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日										
有効期限	昭和 平成 令和	年 月 日										
備 考	(老人・高齢者負担割 割)											
	公費負担者番号											
	受給者番号											
資格取得	平成 令和	年 月 日										
有効期限	平成 令和	年 月 日										

- FAX送信は、平日 8時30分 ~ 17時 までをお願いします。
- 受診当日に、保険証・紹介状・折り返し返信する外来予約票・当院の診察券をご持参の旨、ご説明ください。
- ご不明な点は 徳島県立三好病院 患者支援センター (TEL 0883-72-1131) までお問い合わせください。

