

ご紹介患者様事前受付 FAX用紙

◎ 患者様個人情報

受診希望日時	令和 年 月 日 ()			時	分
フリガナ	姓		名		性別
患者氏名					男・女
生年月日	M・T・S・H・R		年	月	日生まれ
住所	〒 -				
電話番号	() - () - ()				

受診科目・検査に (○) を付けてください										希望医師 ()			
上() 部経 内口 視・ 鏡経 検査)	下 部内 視鏡 検査	M() R単 I純 ・ 造影)	C() T単 純 ・ 造影)	マ ン モ グ ラ フ イ	B M A	エ コ ー	整 形 外 科	内 科	外 科	消 化 器 内 科	消 化 器 外 科	皮 膚 科	
撮影部位						診療時間帯		朝診 ・ 夜診					

◎ 被保険者情報

保険者番号										保険種別 (○を付けて下さい)				
記号	番号									健 健 国 国 退 退 後 労 生 自 自 保 保 保 保 医 医 期 本 家 本 家 本 家 高 人 族 人 族 人 族 齡 災 保 費 賠				
被保険者名	続柄													
資格・交付	昭・平・令		年	月	日									
有効期限	令和		年	月	日									
負担割合	0・1・2・3・10割													
公費										有効期限				
			年		月	日	~	年	月					
公費										有効期限				
			年		月	日	~	年	月					

◎ご紹介元医療機関の所在地・名称(TEL・FAXならびにご担当医師名は必ずご記入下さい)

医師

〒 -

TEL:

/ FAX:

 新河端病院 地域連携室

FAX 075-952-7688

平日...9:00~17:00

土曜日...9:00~13:00

時間外の緊急時に関しましては、従来どおり 075-952-0006 (代表) へお送りいただきますようお願い致します。

FAX は 24 時間受け付けております。当院代表の FAX 番号とは異なりますのでご注意ください。

平日 17:00 以降、および土曜日の 13:00 以降、日曜日の受付に関してのご連絡は後日となります。