

紹介患者受診予約票

年 月 日

医療機関名

所在地

TEL

FAX

●受診希望日

受診希望日	① 月 日 ()	受診希望科	内科 外科 呼吸器外科 整形外科 形成外科
	② 月 日 ()		脳神経外科 脊椎脊椎外科 泌尿器科
希望医師			リウマチ科 乳腺外科 放射線科

●患者情報

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳	男・女
氏名				
住所		TEL		
新小文字病院	受診歴	有・無		

●保険情報(保険証の写しをFAXいただいても結構です)

保険者番号				
記号・番号	本人・家族	負担割合	負担割合	
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日	
公費負担者番号				
受給者番号				
資格取得	年 月 日	年 月 日		
有効期限	年 月 日	年 月 日		

(お願い)

※事前にカルテ作成の準備をさせていただきますので、本紙と診療情報提供書をFAXしてください。

※当日は「健康保険証・各種医療証」「診療情報提供書」をご持参いただきますようお願い致します。

新小文字病院 医療連携室宛 FAX 093-391-7765