

受診予約申込書

住友別子病院 地域連携室 行

F A X : 0897-37-7134

T E L : 0897-37-7133

紹介医療機関名

所在地

電話番号 () -

FAX 番号 () -

医師氏名 科 (印)

希望診療科	科	(医師名)
受診希望日	① 月 日 ()	② 月 日 ()
	(1. 上記日時を希望 2. いつでも可)	

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	(歳)
住 所	〒	
電話番号	() -	【携帯】 - -
当院受診歴	なし ・ あり (定期受診 ・ 年頃受診 : 旧姓)	

※事前のカルテ作成に必要ですので、記入をお願いいたします

保険者番号								
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号								
被保険者との続柄	本人 ・ 家族			負担割合 : 1 ・ 2 ・ 3 割				
公費保険者番号								
受給者番号								
公費負担者番号								
受給者番号								

本票と紹介状をFAXしてください。

診察日が決定しましたら、予約日時を記載した診療予約票を返信いたします。

午後5時30分以降のFAX受付分については、翌診療日の返信となります。予めご了承ください。

◎この診療情報提供書に記載されている個人情報は紹介目的のみに使用し他の目的には利用いたしません。