

共通モデル様式

地域医療室直通FAX
0790-42-5365

FAX 予約 兼 診療情報提供書用 (送信および返信用)

①ファクシミリ用

主 保 険	保 険 者 番 号	記 号 ・ 番 号		1.本人
				2.家族
併用保険 ①	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	種 別	
			老・乳 ()	
併用保険 ②	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	種 別	
			老・乳 ()	

紹介先医療機関名 令和 年 月 日

市立加西病院
科 先生 侍史

紹介元医療機関
名称・所在地
医師名

受診希望日	令和 年 月 日 午前午後 時頃	TEL. (- -)
		FAX. (- -)

患 者	フリガナ	貴院への受診歴	1.有 2.無 3.不詳
	氏 名	男・女 生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
概 要	住 所	自宅 () - 連絡先 () -	
	別紙 診療情報提供書 (有 ・ 無)		

患者さんに切り取ってお渡し下さい。

----- 切り取り -----

来院の際に必ず持参下さい。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名
担当者

次のとおり予約を受けました。

氏 名 生年月日等	(大 昭 平 年 月 日生 男・女) (ID No.)
診 療 科	科 医師名
診察 (検査) 予 約 日 時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分 ※診察の関係で前後することがありますが、ご了承願います。

- (注) ・ご来院の際に必ず予約票、健康保険証、医療受給者証等をご持参下さい。
- ・ご来院にあたっては、別紙注意事項を良く読んで下さい。