

F A X 受診予約申込書 (リウマチ膠原病)

(申込日) 年 月 日

医療機関名: _____

医師氏名: _____

TEL : () -

FAX : () -

ふりがな				性別	男・女	
患者氏名						
生年月日	(大・昭・平)	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -					
電話番号	()	-	※日中連絡が取れる番号をご記入ください			
受診歴	無・有 (患者ID:) ※不明な場合は未記入で結構です					
都合の悪い日	年 月 日					
受診予約医師名						
紹介目的 (必ずご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書添付					

※下記にもご記入ください (保険証のコピー可)

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							
資格取得日		昭和・平成 年 月 日							
有効期限		平成 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 年 月 日							
有効期限		平成 年 月 日							
公費負担者番号									
受給者番号									
資格取得		平成 年 月 日							
有効期限		平成 年 月 日							

※FAX 送信は、平日 8 時 30 分から 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 市立三野病院 (TEL:0883-77-2323) までお問い合わせください。