

FAX受診申込書

年 月 日 記入

| | |
|-----|---|
| 送信先 | 富永草野クリニック 医事課 FAX:0256-32-4712 電話:0256-32-0669 申込受付時間:月曜日～金曜日 9:00～17:00 土曜日 9:00～12:00 |
|-----|---|

| | | | | |
|-------|-------|-------------|----|-----|
| 送信元 | 病院・医院 | | | 科 |
| (紹介元) | 医師名 | (貴施設担当者様:) | | |
| 医療機関) | FAX | - - | 電話 | - - |

| | |
|--------|-----------------|
| 受診希望日 | 年 月 日 (曜日) |
| 希望専門領域 | 脊椎脊髄 ・ 手外科 ・ 下肢 |

【ご紹介患者様情報】

| | | | |
|------|----------------------|-------|-------|
| フリガナ | | 性別 | 当院受診歴 |
| 氏名 | | 男・女 | あり・なし |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 (才) | 当院ID: | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | - - | 緊急連絡先 | - - |

【保険証情報】保険証等のコピーをFAX送付いただければ記載不要です。

| | | | |
|-------|---------|---------|---------|
| 記号 | | 公費負担者番号 | |
| 番号 | | 受給者番号 | |
| 保険者番号 | | 公費有効期限 | 年 月 日まで |
| 被保険者 | (本人・家族) | 負担割合 | |

太枠内は必ずご記入をお願いいたします。

当クリニックは予約制ではございませんので受診予約票の返信はいたしませんのでご了承ください。