

FAX受診申込書

年 月 日 記入

送信先	富永草野病院 医療相談室 FAX:0256-35-6212 電話:0256-36-8777 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	第1希望	年 月 日(曜日)	第2希望	年 月 日(曜日)
希望専門領域	脊椎脊髄 ・ 手外科 ・ 下肢			(希望医師:)

【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。

予約受付後、「受診ご案内」をFAX致しますので、内容をご確認の上、患者様へお渡してください。

医師の確認が必要な場合は返信に時間を要することがございます。ご了承ください。

FAX受付時間後のお申込みにつきましては、翌診療日に返信FAXをさせていただきます。