

年 月 日

FAX による受診予約申し込み票

(村上記念病院 FAX 番号 0897 - 56 - 2337)

紹介元医療機関名：

医師氏名：

電話： () -

FAX： () -

担当者： _____

フリガナ		年齢	歳
氏名			
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	性別	男・女
住所			
電話番号	() -		
希望診療科	科 医師名 ()		
いずれかを選んでください	1. 受診のみ 2. 受診と検査 3. 検査のみ 検査希望の場合 (CT・MRI：部位)		
受診希望日時	第1希望日： 月 日 () 午前・午後 第2希望日： 月 日 () 午前・午後 1. 上記日時を希望 2. いつでも可 3. できるだけ早く		

保険者番号							
被保険者証・ 被保険者手帳	記号						
	番号						
被保険者との続柄	本人・家族	負担割合：1・2・3割					
公費負担者番号							
受給者番号							
公費負担者番号							
受給者番号							
保険適応外： 交通事故・労災・生保・その他 ()							

*本票と紹介状を FAX 送信してください (保険情報は別紙でもかまいません)。

*診察日が決まりましたら、予約票を返信いたします。

*受診時に紹介状の原本や画像、予約票を患者様に持参いただけるようお願いいたします。

◎本票に記載されている個人情報紹介のみに使用し、他の目的には利用いたしません。

お問い合わせ先：村上記念病院 地域医療連携室 TEL 0897-56-2281 (直通)