**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は紹介のみに使用し、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）**