徳島赤十字病院　病診連携係　行　（FAX）0120－308739

# FAX受診予約申込書

（申込日）平成　　年　　月　　日

（お願い）
＊受診希望日・受診科必ずご記入お願いします。
＊受診当日に紹介状・保険証を持参されるよう
　患者様にご指示をお願いします。
＊ご不明な点がございましたら病診連携係まで
　お問い合わせください。
　（電話）0120－503743

貴院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご芳名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL（　　）　　－

FAX（　　）　　－

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受診日： | 年　月　日（　）［午前・午後］ | | |
| 受診科： | 医師 | | |
| フリガナ | | | |
| 患者様氏名 | 様 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　年　月　日 | 年令 | 歳 |
| 住所 | | | |
| TEL | | | |

＊簡単に症状等連絡事項をご記入ください。

＊電話での検査予約が済まれていましたら

| | |
|---|---|
| 検査名 | （　）予約日時　月　日　時　分 |
| 検査後診察希望の有無 | 診察希望　・　所見のみ回答希望　（いずれかに　○　を） |

【下記に記入または保険証のコピー可】

| | | |
|---|---|---|
| 保険者証 | 保険者番号 | |
| | 記号・番号 | ・ |
| 被保険者 | | |
| 資格取得 | | 昭和・平成　年　月　日 |
| 有効期限 | | 昭和・平成　年　月　日 |
| 事業所 | 名称 | |
| | 所在地 | |

| | |
|---|---|
| 公費負担番号 | |
| 受給者番号 | |
| 資格取得 | 昭・平　年　月　日 |
| 有効期限 | 平成　年　月　日 |
| 備考 | （後期高齢者割合　　割） |