

阿南医療センターFAX 受診予約申込票

(申込日) 年 月 日

阿南医療センター
地域連携

TEL 0884-28-6031 (月)～(土)
FAX 0120-446-190
8:30～18:00 (日祝・年末年始は除く)

医療機関名

医師氏名

TEL () -
FAX () -

希望する 診療科名		担当医師 への連絡	受診 希望日	① 月 日(曜日)
医師名		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		② 月 日(曜日)

生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
フリガナ			
患者氏名			(歳)
【病院受診】 阿南医療センター (旧)阿南共栄病院 (旧)阿南中央病院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		旧姓・旧住所での受診歴がある際はお電話で確 認させていただく場合がございます。ご了承さ い。
現住所 〒	TEL () -		

紹介元医療機関からの連絡事項記入欄 (紹介目的:簡単な症状等連絡事項等をご記入ください)

【下記にご記入ください(保険証コピー可)】

保険 者証	保険者番号		公費負担番号	
	記号番号		受給者番号	
被保険者			資格取得	年 月 日
資格取得			有効期限	年 月 日
有効期限			(老人負担割合 割)	
事業所	名称		備考	
	所在地			

※ FAX受付時間月～土8:30～18:00 (日祝日・年末年始は除く)
医師・検査等確認が必要な場合はお返事が遅くなる場合がございます。
時間外、日祝日は翌日または休み明けとなります。

※ 折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者様にお渡し下さいますようお願いいたします。
受診当日は、予約受付票、保険証等、紹介状(画像データCD)、診察券(阿南医療センターの診察券を
お持ちの場合)を地域連携窓口にご持参ください。