

福島生協病院 診療予約申込書 【FAX用】

年 月 日

地域医療連携室 FAX : (082) 292-3512 直通TEL : (082) 292-3260

* お手数ですが、必要事項をご記入の上、送信願いたします。

* 緊急時、即日入院ご依頼の場合は、前もって連携室までご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。

紹介元医療機関名 :

住所

医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	(M・T・S・H) 年 月 日
住所	〒		
電話番号	携帯番号 () -		

保険者番号		公費負担者番号	
記号		公費受給者番号	
番号		続柄	本人 ・ 家族
資格取得日	昭・平	年 月 日	負担割合 0・1・2・3割

希望診療科	科	希望医師名	医師	指定なし
診療目的	診察	検査<<内容:	>>	入院
診療・検査	第1希望日	月 日 ()		
希望日	第2希望日	月 日 ()		・いつでも可
受付日時連絡先	・ 貴院にて待機中		・ 患者様宅	・ 電話で予約済み

* 地域医療連携室業務時間 月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:30