

## ご紹介患者様事前受付 FAX用紙

## ◎ 患者様個人情報

受診希望日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分	
フリガナ	姓	名
患者氏名		性別 男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生まれ	
住所	〒 -	
電話番号	( ) - ( ) - ( )	

受診科目・検査に (○) を付けてください										希望医師 ( )		
上( ) 部 経 内 口 視・ 鏡 経 検 鼻 査)	下 部 内 視 鏡 鏡 検 査	M ( ) R 単 I 純 ・ 造 影 ( )	C ( ) T 単 純 ・ 造 影 ( )	マ ン モ グ ラ フ イ	B M A	エ コ ー	整 形 外 科	内 科	外 科	消 化 器 外 科		
撮影部位						診療時間帯		朝診 ・ 夜診				

## ◎ 被保険者情報

保険者番号									保険種別 (○を付けて下さい)			
記号			番号						健 健 国 国 退 退 後 労 生 自 自 保 保 保 保 医 医 期 本 家 本 家 本 家 高 人 族 人 族 人 族 齡 災 保 費 賠			
被保険者名			続柄									
資格・交付	昭・平・令 年 月 日											
有効期限	令和 年 月 日											
負担割合	0・1・2・3・10割											
公費								有効期限 年 月 日～ 年 月				
公費								有効期限 年 月 日～ 年 月				

◎ご紹介元医療機関の所在地・名称(TEL・FAXならびにご担当医師名は必ずご記入下さい)

〒 -

TEL:

/ FAX:

 新河端病院 地域連携室

# FAX 075-952-7688

平日…9:00～17:00

土曜日…9:00～13:00

時間外の緊急時に関しましては、従来どおり 075-952-0006 (代表) へお送りいただきますようお願い致します。

FAX は 24 時間受け付けております。当院代表の FAX 番号とは異なりますのでご注意ください。

平日 17:00 以降、および土曜日の 13:00 以降、日曜日の受付に関してのご連絡は後日となります。