

一宮西病院 診察予約申込書(FAX用)

【患者さま専用書式】

<紹介先> (FAX: 0586-48-0053)

一宮西病院 _____ 科
_____ 先生

紹介元医療機関名 _____
_____ 県 _____ 市

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
患者様氏名	様(男・女)		年 月 日
ご住所	〒 _____	電話番号	() - _____
主訴など			

ご予約確定後のご連絡先(必ずご記載ください。同上の場合は「同上」と記載をお願いします)

お名前: _____

TEL: _____

FAX: _____

● 受診希望日

第1希望 _____ 月 _____ 日()

第2希望 _____ 月 _____ 日()

第3希望 _____ 月 _____ 日()

一宮西病院 地域連携室

TEL: 0586-48-0022(直通)

FAX: 0586-48-0053(直通)

受付時間(月)~(金) 8:00~19:00

(土) 8:00~12:00

◆ 保険証情報の記載をお願いします(保険証のコピーをFAXでも可)

保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証、被保険者 手帳の記号・番号	本人・家族(世帯主)	公費負担医療の 受給者番号	
負担割合	割	負担割合	割
資格取得年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
有効期限(ある人のみ)	年 月 日	有効期限(ある人のみ)	年 月 日

一宮西病院 患者ID: _____