

一宮西病院 診察予約申込書(FAX用)

<紹介先>〔FAX：0586-48-0053〕

一宮西病院 _____ 科
_____ 先生

<紹介元>

病院名：
医師名：
TEL：
FAX：

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	() -
希望事項 主訴など			

可能であれば紹介状と一緒にFAXをお願いします

● 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

※ 検査予約は、別途お電話で承っております。

◆ 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： _____