**一宮西病院　診察予約申込書(FAX用)**

**＜紹介先＞〔FAX：0586-48-0053〕 ＜紹介元＞**

**病院名 :**

**医師名 :**

**TEL :**

**FAX :**

**一宮西病院**　　　　 　　　　　　 　**科**

 **先生**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**

**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

**第1希望 月 日(　 )**

**第２希望 月 日( 　 )**

**第３希望 月 日( 　 )**

**※　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：**