

総合高津中央病院 FAX予約診療申込書

総合高津中央病院
医事課受付使用欄
印

申込日

年 月 日

診療科指定 予約する診療科に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 循環器内科(心臓)	<input type="checkbox"/> 循環器内科(下肢)	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 人工透析内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科
<input type="checkbox"/> 膠原病リウマチ科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科

特定の医師による診察をご希望の場合は右欄に医師名をご記入ください。但し、都合により指定の医師が拝見できない場合がございます。その場合は予約担当者が日程調整等のお電話を差し上げますので、予めご了承ください。	医師名 医師
--	-------------------

病名 (主訴)	
病状経過 治療経過 検査結果	

保険情報

保険者番号								枝番	本人	1割
記号		番号							家族	3割

後期高齢者

負担者番号										1割
受給者番号										3割

※ 被保険者との続柄、負担割合に○をして下さい。

公費情報

保険資格 取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	負担者番号							
			受給者番号							

患者情報

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
お名前								
住所	〒	—						
電話番号			携帯番号					

紹介元医療機関

(スタンプ可)

貴院名	
TEL	
FAX	

予約希望日

(診療科別予約受付曜日一覧 参照)

第1希望	月	日	曜日
第2希望	月	日	曜日
第3希望	月	日	曜日

【備考】※当院に受診歴がある場合はIDをご記入ください。

《予約に際してのお願い》

- この「FAX予約診療申込書」に加えて、「診療情報提供書」も合わせてFAX送信いただきます様、お願い致します。
- 予約希望日は裏面《診療科別予約受付曜日一覧》をご参照下さい。
- 予約希望日は翌診療日以降でご指定下さい。
- 予約時間はご指定になれません。但し、特別な事情についてはできるかぎり考慮いたしますので、上表(予約希望日)の備考に詳細をご記載下さい。
- 予約受付時間以降の申込みについては、翌診療日扱いとなります。

予約受付時間

月～金曜日 (午前の部) 9:00 ～ 11:30
(午後の部) 13:30 ～ 16:00
土曜日 (午前のみ) 9:00 ～ 11:30

総合高津中央病院 新患予約専用FAX番号
044 - 822 - 6613

コピーの上ご使用ください

令和5年3月1日 改訂