

診療申込書（ご紹介）

平成 年 月 日

紹介先医療機関

公益財団法人 会田病院

科 先生

受診予定日： 月 日 ()

AM・PM 時頃

会田病院受診歴： 有・無・不明

紹介元医療機関 様

所在地

貴院名

担当科 科

医師名 先生

電話 - -

へ会田病院 診療申込書 FAX用

| | | |
|--------------------------|---------|-------|
| 患者氏名： | ふりがな： | |
| 患者住所： | | |
| 電話番号： () | 性別： 男・女 | |
| 生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | | |
| 保険者番号 | 記号・番号 | 本人・家族 |
| 公費① 公費番号 | 受給者番号 | |
| 公費② 公費番号 | 受給者番号 | |
| 資格取得日 年 月 日 | 被保険者名 | |

※事務の方へ：お手数ですが保険者情報の記載をお願いします。

| |
|----|
| 備考 |
|----|

公益財団法人会田病院 地域連携室

申込FAX：0248-42-2276

T E L：0248-42-2176

申込時間：平日 8：30～17：00 土曜 8：30～12：30

申込時間外のお申し込みについて

申込時間外については、地域連携室担当職員が不在のため、一度代表電話へお電話ください。

緊急を要する場合、医師へおつなぎします。

代表電話：0248-42-2121 時間外FAX：0248-42-5401