

診療申込書（ご紹介）

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

紹介先医療機関 様

所在地

貴院名

担当科 _____ 科

医師名 _____ 先生

電 話 _____ - _____

会
田
病
院
診
療
申
込
書

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・令 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

F
A
X
用

※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： 0 2 4 8 - 4 2 - 2 2 7 6

T E L： 0 2 4 8 - 4 2 - 2 1 7 6

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： 0 2 4 8 - 4 2 - 2 1 2 1

時間外FAX： 0 2 4 8 - 4 2 - 5 4 0 1