串間市民病院　初診予約申込書

FAX（0987）72-1332　（地域連携室　予約担当宛）

受付：月～金曜日　午前9時～午後4時、土・日・祝日・12月29日～1月3日は除く

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関 | | | |
| 病院名 |  | | |
| 医師名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| 住所 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者様情報 | | | |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 患者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 電話番号（自宅） |  | （携帯） |  |
| 住所 |  | | |
| 保険情報 | 保険者番号：  記号番号：  被保険者名：  ※保険情報は、保険証をFAXしていただいても結構です。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望　□にチェックをお願いします | |
| 希望診療科 | □内科　　□外科　　□整形外科　　□泌尿器科　　□産婦人科 |
| 受診希望日 | 第１希望日：　　　年　　月　　日　　第２希望日：　　　年　　月　　日  第３希望日：　　　年　　月　　日　　□受診希望日なし |
| 希望医師名 | □希望あり（　　　　　　　　　　　　　　　）　□希望なし |

〔ご注意・お願い〕

〇**診療情報提供書**を併せてお送りください

○当日の予約は受け付けておりません。

○緊急を要する場合は、直接診療科の医師にお電話ください。

|  |
| --- |
| お問合せ：串間市民病院　地域連携室　（0987）72-1234 |