

あいちせぼね病院 診療予約申込書

医療機関より電話でご連絡の上、予約申込書と情報提供書のFAXをお願いします。

TEL 0568-20-9100 FAX 0568-20-9107 受付日時 8:30~17:00 (木日祝を除く)

■患者さんの情報をご記入ください

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		年		月		日
郵便番号		当院診察券番号() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
住所									
電話番号		携帯番号							

【保険記入欄】

保険者番号		公費負担区分	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 精		
記号番号			<input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> その他()		
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養	公費負担番号			
自己負担割合	()割	受給者番号			

■紹介元医療機関 様

医療機関名	
所在地	
担当医師名	
電話番号	
FAX番号	

■ご希望内容に✓を入れてください

予約可能診療科	<input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 (整形外科以外の紹介診療予約は行っていません)		
希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
受診希望日 <input type="checkbox"/> 無	月	日	曜日
	月	日	曜日
	月	日	曜日