

見附市立病院用 紹介患者事前申込書(FAX用)
 紹介状と併せてFAXをお願いします FAX送信後に地域医療連携室へご連絡ください

年 月 日

見附市立病院 地域医療連携室 宛 紹介元
 TEL:0258-62-2800 (代表) 医療機関名
 FAX:0258-61-1709 (連携室直通) 医師名
 申込受付時間 8:30~16:30 TEL
 FAX
 担当者

受診希望日	いつでもよい	第一希望	第二希望
受診診療科		医師名	

※ 紹介状と事前申込書を併せてFAX出来ない場合は、下記に紹介目的・主訴及び傷病名をご記入ください。
 後ほど受診日の前日までに紹介状のFAXをお願いします。

【紹介目的】

【主訴及び傷病名】

患者様情報 保険証及び公費医療証をFAXしていただければ、保険情報の記入は不要です。

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H・R 年月日
住所		電話	

※ 労災・交通事故等の場合はその旨をお知らせください。

保険証記号番号		医療証負担者番号									
保険者番号								医療者受給者番号			
保険者区分	本人・家族	負担割合	割	公費有効期限				年	月	日	

外来受付時間:内科 8:30~11:30 13:00~15:00 形成外科 ※完全予約制
 外科 8:30~11:30 神経内科 8:30~11:30 ※完全予約制
 整形外科 8:30~11:30 13:00~15:00 ※木曜午後の診療は予約のみ 第3木曜日は休診
 休 診 日 : 土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始
 ★上記の受付時間外にFAXを送信された場合の対応は、翌日診療日になりますのでご了承ください。
 ★受付時間内にFAXされた場合は折り返し、「来院時のご案内」をFAX致しますので患者様にお渡しください。

※当日の予約はお受けしていません。
 ※診療上、急を要する場合は担当診療科の医師まで直接ご連絡ください。