

F A X 予 約 票 (送信および返信用)

主 保 険	保 険 者 番 号						記 号 ・ 番 号						1. 本 人
													2. 家 族
併用保険 ①	負 担 者 番 号						受 給 者 番 号						種 別
													老・乳・( )
併用保険 ②	負 担 者 番 号						受 給 者 番 号						種 別
													老・乳・( )

紹介医療機関名 平成 年 月 日

多可赤十字病院

紹介元医療機関

科

住 所

医 師 名

先生

電 話 ( - - )

御侍史

F A X ( - - )

受診希望日	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時頃
-------	-------------------------

患 者	フリガナ		当院への受診歴	1. 有	2. 無	3. 不詳
	氏 名	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	( 歳)
住 所	自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -					
	(簡単に)					
概 要						

患者さまに切り取ってお渡しく下さい。

切 り 取 り

来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票

平成 年 月 日  
病院名 多可赤十字病院  
担当者

次のとおり予約を受け付けました。

氏 名 生 年 月 日 等	明・大・昭・平 年 月 日生 男・女 (ID )
診 療 科	科 医師名
診察予約日時	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分 ※診察の関係で前後する事がありますが、ご了承願います。

★ご来院の際は必ずこの予約票、健康保険証、医療受給者証をご持参ください。