

## FAX受診申込書

年 月 日 記入

送信先	富永草野病院 医事課		
	<b>FAX:0256-35-6212</b>		電話：0256-36-8777
申込受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 土曜日 9：00～12：00			

送信元	病院・医院		
(紹介元	医師名	(貴施設担当者様：	
医療機関)	FAX	-	電話 -

受診希望日	第1希望	年 月 日 ( 曜日)	第2希望	年 月 日 ( 曜日)
希望専門領域 ☑をご記入ください	<input type="checkbox"/> 脊椎脊髄 { <input type="checkbox"/> 脊椎脊髄専門医 <input type="checkbox"/> 内視鏡認定医 <input type="checkbox"/> 指定なし } <input type="checkbox"/> 手外科 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 下肢 { <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 } <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 形成外科 (希望医師名： )			

## 【ご紹介患者様情報】

フリガナ		性別	当院受診歴
氏名		男・女	あり・なし
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 ( )	当院ID:
住所			
電話番号	-	緊急連絡先	-

## 【保険証情報】 保険証等のコピーをFAX送付いただければ記載不要です。

記号		公費負担者番号	
番号		受給者番号	
保険者番号		公費有効期限	年 月 日まで
被保険者	(本人・家族)	負担割合	

太枠内は必ずご記入をお願いいたします。

予約受付後、「受診ご案内」をFAX致しますので、内容をご確認の上、患者様へお渡しく下さい。

医師の確認が必要な場合は返信に時間を要することがございます。ご了承ください。

FAX受付時間後のお申込みにつきましては、翌診療日に返信FAXをさせていただきます。