

FAX診察予約依頼書

年 月 日

[紹介先医療機関]

国際親善総合病院

〒245-0006 横浜市泉区西が岡1-28-1

TEL 045-813-0221

FAX 045-813-7448

紹介元医療機関

の名称・所在地

医師名

TEL

FAX

科 先生

受診 希望日	第一希望日			第二希望日			第三希望日		
	月	日	時頃	月	日	時頃	月	日	時頃

フリガナ

患者氏名 様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日 (歳)

患者住所 TEL - -

国際親善総合病院受診歴 【 有:ID ・ 無 ・ 不詳 】

保険番号			
記号番号			
資格取得月日			
有効期限			
一部負担金の割合	割	後期高齢者医療証	割
被保険者との続柄 (本人・家族)			
公費負担金の割合		有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
公費負担医療の受給者番号			

注) 保険情報(保険証・医療証の写しをFAXしていただければ記入は不要です)

予約専用フリーダイヤル FAX **0120-459-317**

FAX診察予約患者について

- カルテの事前準備の為、予約日前日 **15** 時まではこのFAX診察予約依頼書を送りください。
※土曜日は11時まで
- 18** 時以降に届いたFAX依頼につきましては翌日返信致します。
- 受診歴の無い方はカルテ作成のため、**保険者番号欄のご記入**をお願い致します。
- 受診当日は、当院の診察券をお持ちの方は**再来受付機**にて診察券を通し、各科受付へお越しください。当院が初めての方は、**新患受付**へお越しください。