

FAX送信先

0774-64-0444

田辺中央病院 地域医療連携室宛

申込日 平成 年 月 日

診察予約申込票

医療機関名 所在地 依頼医師御氏名 TEL・FAX	
------------------------------------	--

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名	様	男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
住所・TEL	〒		TEL () -	
受診希望日	第一希望 : 月 日 () 第二希望 : 月 日 () <input type="checkbox"/> 希望なし			

現在貴院では	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 ※現在患者様お待ち状況 <input type="checkbox"/> 貴院待機中
受診診療科	<input type="checkbox"/> 総合診療内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 肝臓外来 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 腎不全外来 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 小児循環器科 <input type="checkbox"/> 小児外科
診察希望医師	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
主訴・病名	

※上記以外の診療科をご希望の場合は、お電話にてご案内させていただきます。

※できましたら、来院日までに診療情報提供書のFAX送信をお願いいたします。

◆保険情報 【保険証の写しをFAXしていただければ、下記の記入は不要です】

【被保険者証】

保険者番号	
記号・番号	
資格取得月日	年 月 日
有効期限	年 月 日
被保険者氏名	続柄
一部負担金の割合	割

【公費負担医療受給者証】

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	~

◆緊急時・即日入院が必要な場合は、事前にお電話していただきますよう、お願いいたします。

<平日8:30~19:00 土曜日8:30~13:00 地域医療連携室直通 0774-64-0444>

※上記時間以外のお問い合わせは、病院代表までお願いいたします。代表 0774-63-1111

◆業務時間 平日8:30~17:00 土曜日8:30~13:00

◆業務時間後のFAX受診分につきましては、翌診療日の返信になります。

〒610-0334 京田辺市田辺中央6丁目1番地6 医療法人 石鏈会 田辺中央病院

[代表] TEL 0774-63-1111 FAX 0774-63-2363

[地域医療連携室] TEL/FAX 0774-64-0444