

弥生病院 眼科 紹介予約申込 F A X用紙

FAX : 0532-48-7550 《専用》 TEL : 080-9667-2294 《専用》

年 月 日

●紹介元医療機関 様

| | |
|-----|--|
| 貴院名 | |
| 医師名 | |
| TEL | |
| FAX | |

●希望日

| | |
|------|--|
| 希望医師 | <input type="checkbox"/> 有 () 医師 <input type="checkbox"/> 無 |
| 希望日 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 至急 |

●患者様情報

| | | | | |
|---|--|--|------|--|
| フリガナ | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 氏名 | (旧姓：) | | | |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳) | | | |
| 住所 | | | | |
| 電話番号 | 《自宅》 | | 《携帯》 | |
| 【ご紹介目的、病名、症状等】 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書を添付の場合はチェックしてください。 | | | | |

●保険情報

| | | | | | | | |
|------------------|-------|---|----|----------------------------|-------|--------|-------|
| 保 険 者 証 | 保険者番号 | | | 公 費 受 給 者 証 | 負担者番号 | | |
| | 記号 | | | | 受給者番号 | | |
| | 番号 | | | | 有効期限 | 年 月 日～ | |
| | 続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | 負担 | | | 割 | 年 月 日 |

受付時間 (平日) 午前8:30～17:30 (土曜) 午前8:30～11:30

※予約日時が決まりましたら折り返しFAXにて予約票を送信させていただきます。

(但し、12:00～14:00の時間帯は返信対応はできません。)

※受付時間以降のお申込みは翌日の返信とさせていただきます。