記載日： 年 月 日

紹介医療機関の所在地・名称

野田総合病院

科名 科

科	先生	医師名	印
予約希望日時： 無		登録番号	【NO.】
第1希望 / () AM	・ PM (:)		
第2希望 / () AM	・ PM (:)		
来院予定日 / () AM	・ PM (:)	頃	

野田総合病院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

フリガナ	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
患者氏名	男 ・ 女 年 月 日生 () 歳
住所 〒	— ※ 必ず記入ください TEL — —
傷病名	

ファクシミリ診療申込書

FAX 送信先：医療福祉相談室 04-7126-0467

◆手続き方法◆ 詳しくはホームページでご覧いただけます。
 来院日時については、患者様に折り返しご連絡いたします。
 ご来院の際は、紹介状・保険証とこの用紙を「病院棟 1 階受付」または「外来棟 1 階受付」へ直接ご提出ください。係が診察のご案内をいたします。

FAX 受付時間：平日 9：00～16：00 土曜 9：00～12：00

※受付時間以降の受診は翌日処理となりますが、24 時間受信可能です。
 FAX でお送りいただくのは、事前にカルテを作成するためのものです。
 ・保険証の番号等、受付に必要な事項を必ずご記入ください。

◆お知らせ◆
 ご指定いただきました医師が休診の場合、別の医師が拝見させていただくこともございます。

～ファクシミリ診療申込書を行った場合、カルテ作成等の時間が短縮されますのでご協力ください～

お問い合わせ・連絡先：野田総合病院 医療福祉相談室 TEL： 04-7124-6666 (代)

FAX： 04-7126-0467

保険証は下記にご記入いただくか、保険証写しを FAX してください。

保険者番号									本人 家族
記号	番号								
公費負担者番号									
公費負担者番号									
負担割合	1 ・ 2 ・ () 割								