

FAX番号 0883-26-2324

★FAXは平日の午前8:30～午後4:00までに送信して下さい。
(上記時間外に送信した場合の受付は、翌日または、休日あけでの受付となります。)

吉野川医療センター 予約診療受付票

記入日: 令和 年 月 日

受診希望科	_____	科	(希望の受診科をご記入ください)
受診希望医師	_____		(医師の指定がある場合はご記入ください)
予約希望日(第1)	令和 年 月 日 (曜日)		(原則として平日の午前中の診察となります)
予約希望日(第2)	令和 年 月 日 (曜日)		

紹介医療機関住所: _____

紹介医療機関名: _____ TEL: _____

紹介医師氏名: _____ FAX: _____

公費負担者番号	_____	保険者番号	_____
受給者番号	_____	記号・番号	_____
公費負担者番号	_____	被保険者名	_____
受給者番号	_____	資格取得日	_____
フリガナ	_____	患者負担・患者続柄	()割 ()
患者氏名	_____	男・女	_____
		生年月日	明・大・昭・平・令 _____
			歳
住所	〒 _____		
TEL	_____		

紹介目的・傷病名・症状・治療経過(簡単で結構です。患者様にお渡しする紹介状をFAXにて送信していただいても結構です。)

入院になった場合、共同診療を希望されますか する ・ しない

* ↓ ここから下は吉野川医療センターにて使用しますので何も記入しないでください

受診予定日時 令和 年 月 日 (曜日) 時 分

受診科 _____ 科

担当医師 _____ 記入者 _____