

FAX受診予約申込書

(申込日) 平成 年 月 日

(お願い)

- * 受診当日に紹介状及び保険証を持参されるよう患者様にご指示をお願いします。
- * ご不明な点がございましたら病院連携担当までお問い合わせ下さい。(電話:088-631-0110)

医療機関名

医師氏名

TEL () -

FAX () -

外来受診希望日	平成 年 月 日 () [午前・午後]			
希望受診科	科	医師名		
フリガナ			性別	男・女
患者様氏名	様		年齢	歳
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日	年齢	歳	
住所	〒			
電話番号	※日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(急な休診時のご連絡等のため)			
川島病院受診歴	無・有 = 患者番号()		※川島透析クリニック、鴨島・鳴門・脇町・阿南川島クリニックを含む。 ※患者番号がわからない場合は未記入で結構です。	
紹介目的 (必ずご記入下さい)				

◆保険情報 ※カルテ頭書きの全項目を下記にご記入下さい。資格取得日、事業所名もお忘れなく。(保険証コピー貼付可)

保険者番号		
記号・番号	.	
事業所名称		
被保険者名		本人 家族
資格取得	昭和・平成 年 月 日	
有効期限	昭和・平成 年 月 日	

公費負担番号	
受給者番号	
資格取得	昭和・平成 年 月 日
有効期限	昭和・平成 年 月 日
備考	(負担割合: 割)

- FAX対応時間 月～金 9:00～12:00 14:00～17:00 (土日祝祭日、年末年始は除く。) なお、FAXの受信は24時間終日可能です。時間外、土日祝祭日に受信したFAXについては、翌日または休み明けの対応となります。緊急の場合は、電話での申し込みも受け付けています。