

F A X 予 約 用 紙

市立角館総合病院

医事課 医療連携係 FAX 0187-52-1328

科 _____ 宛 _____

紹介元医療機関（発信者）

医院・病院名 _____

医 師 名 _____

※ 予約希望日 年 月 日 時 頃
来院手段 <input type="checkbox"/> 車で囲んで下さい 施設の車 ・ 自家用車 ・ 他

フリガナ 患者氏名 _____	男・女	生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 月 日 才
--------------------	-----	---------------------------------

紹介目的（情報提供書を添付して下さい）	
* 当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 （ 診察券番号 : _____ ）	他科予約 有・無 （ _____ 科）

患者さんの情報

保険者番号								本人	公							
記号番号								家族	1							
有効期限	年	月	日	老人	1割	公										
資格取得	年	月	日	人	2割	2										
住所 ㊦	—							TEL			被保険者名					
								()								

※ 貴院の外来カルテの保険証番号情報を FAX していただいても結構です。

- ★ 『診療予約票』は、16時00分以降は翌日、休診日(土・日・祝日・年末年始)は休診日明けに返信します。
- ★ 診療科によりご希望の日時・時間に予約出来ない場合がございますので、ご了承下さい。
- ★ 上記の手続きをされていない方は、お待たせする事がございますので、予めご了承下さい。