ＦＡＸ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　〇で囲んで下さい
自家用車　・　施設の車　・他

フリガナ 患者氏名　　様　男・女	生年月日 M・T・S・H・R　　年　　月　　日　　才
住所	電話番号（　　）　　ー

紹介目的　（情報提供書を添付して下さい）	
当院受診歴：□ 有（診察券番号：　　） □ 無	他科予約：□ 有（　　科） □ 無

患者様の情報

保険証	保険者番号		公費	負担者番号	
	記号・番号			受給者番号	
	区分	本人　・　家族		負担限度額	無　・　有（　　円）
	負担割合	1割　・　2割　・　3割	福祉	負担者番号	
	限度額区分			受給者番号	
その他特記事項				負担限度額	無　・　有（　　円）

〇　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。

〇　『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)は休診日明けのお返事になる可能性があります。

〇　診療科によっては、ご希望の日時に予約ができない場合がございます。
ご了承ください。

〇　患者様は現在 貴院でお待ちですか？　　□　はい　　□　いいえ

令和８年７月更新