

済生会川内病院 紹介患者事前 FAX 診療申込書

年 月 日

済生会川内病院 ID		保険者番号								
済生会川内病院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	記号・番号								
公費負担者番号										
公費負担医療番号										
		被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族							
		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割							
		資格取得日	年 月 日							
		有効期間	年 月 日							

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名(貴院)の名称・所在地・TEL・FAX

社会福祉法人 ^{恩賜} 財団 済生会川内病院

科
先生

医療機関名	
医師名	
住所	
TEL・FAX	

受診希望日 : 第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日

予約日 : 年 月 日 :

※ 医師に連絡済 予約担当者に連絡済 未連絡

フリガナ	旧姓	男・女	携帯電話番号
お名前			
生年月日 明・大・昭・平・令	年 月 日 ()才	電話番号	
住所 〒			

紹介状専用 FAX をご利用ください。

は な に み ず
フリーダイヤル 0120-872-322

(上記で送れないときは、0996-22-8977 又は 0996-23-9797 までお送りください。)

緊急での診察ご依頼につきましては、電話で連絡後 FAX をお送りください。

【紹介に関するお問い合わせ】

済生会川内病院 医療連携室:TEL0996-22-8979 又は 代表:TEL0996-23-5221

(月～金曜日 8時30分～17時まで) 左記時間帯以外は、代表:TEL0996-23-5221