

# 診 療 予 約 申 込 書

〒755-0241  
山口県宇部市東岐波685



住所 〒  
医療機関名  
TEL・FAX  
医師氏名 \_\_\_\_\_ 先生

フリガナ														
患者氏名	男 ・ 女													
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(	歳)								
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> その他 (      )													
傷病名(診断名)・主訴, 紹介目的 など														
希望受診科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内科新患外来	外科新患外来	血液・腫瘍内科	呼吸器内科	呼吸器外科	画像診断科	乳腺・消化器外科	循環器内科	緩和ケア内科	放射線科	手掌多汗症外来	乳がん検診	セカンド オピニオン外来	
ご希望の医師														
ご希望の受診日	令和	年	月	日	(	)							時	

患者住所	〒												
患者電話番号													
保険情報							公費負担受給者						
保険者番号							負担者番号						
記号・番号							受給者番号						
負担	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						有効期間						
本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族						その他						
被保険者氏名													
有効期間													

※ご記入後、0836-58-2938 までFAXをお願いします。

FAX 受診後、「診療予約票」をお送りいたします。  
 保険情報は、カルテ表紙の写しや医事画面の印刷等でも構いません。  
 なお、ご不明な点がございましたら地域医療連携室までご連絡下さい。