

FAX予約申込書(外来専用)

送信先	新潟リハビリテーション病院 地域連携室 FAX番号 025-388-2119 (直通) 電話番号 025-388-2120 (直通)
-----	--------------------------------------------------------------------------

【FAX予約受付時間】 平日 9:00~16:30 ※当日の診察予約は受付しておりません

送信元	病院・医院 科		
	医師名		責施設担当者
	FAX番号		電話番号

受診希望診療科	科	医師
病名又は紹介目的		
予約希望日	希望日① 月 日 () 希望日② 月 日 () <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()	

【患者様情報】

フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
住 所	〒			
電話番号			当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

保険者番号		公費負担番号(お持ちの場合)
記号・番号	.	受給者番号(お持ちの場合)
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	資格取得日 年 月 日
負担割合	0・1・2・3割	資格取得日 年 月 日

【お願い】

- ◆ FAX受付時間外、および土日祝の受信分は翌受付日に返信いたします。
- ◆ FAX送信時、診療情報提供書の添付も合わせてお願いいたします。
- ◆ 緊急性の高い患者さんはFAX予約の対象外となります。当日受診を希望される場合は新潟リハビリテーション病院地域連携室までご連絡ください。

予約票の返送にお時間をいただく場合があります。
患者さんがお待ちの場合はFAXの前にご一報頂けますようお願いいたします。

TEL : 025-388-2120 担当 大矢