

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いません

送 信 元	病院・医院			科
	医 師 名		貴施設担当者	
	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
負 担 割 合	0・1・2・3 割	資格取得日

【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。
患者さんがお持ちの場合は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