

診療予約申込書 (FAX/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 ()
	☐ いつでも良い		☐ 都合の悪い日 ()	
	連絡事項 ()			
予約票の返信	☐ 患者さんが院内で待っている		☐ 待っていない	

※ 混雑状況等により返信にお時間をいただく場合は、電話でご連絡いたします。

【患者様情報】

フリガナ 氏 名			性別	☐ 男 ☐ 女	
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	年齢 才
住 所	〒				
電話番号			当院受診歴	☐ あり ☐ なし ☐ 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	☐ 本人 ☐ 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

※ 電子カルテ等の保険情報コピーでも可

【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医師同士でのご連絡をお願いいたします。

脳神経内科の受診を希望される場合、患者さんの病名や症状により、診療予約とMRI検査の予約を併せて取らせていただく場合があります。貴施設に直近のMRIデータがあるようでしたら事前にお知らせください。

TEL : 025-388-2120 地域連携室 担当 大矢