令和　　年　　月　　日

FAX による受診予約申し込み票

（村上記念病院 FAX 番号　0897－56－2337）

紹介元医療機関名
医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　話　（　　）　　－
ＦＡＸ　（　　）　　－

フ　リ　ガ　ナ			
氏　　名			
生　年　月　日	M・T・S・H　　年　　月　　日	性　別	男・女
住　　所			
電　話　番　号	（　　）　　－		
希 望 診 療 科	科　医師名（　　）		
いずれかに○をつけて下さい	1．受診のみ　　2．受診と検査 3．検査のみ（CT･MRI：部位　　）		
受診希望日時	第1希望日　　月　　日　（　　）　午前・午後 第2希望日　　月　　日　（　　）　午前・午後 1.上記日時を希望　2.いつでも可　3.できるだけ早く		

保険者番号									
被保険者証・被保険者手帳	記号								
	番号								
被保険者との続柄	本人・家族			負担割合：1・2・3割					
公費負担者番号									
受給者番号									
公費負担者番号									
受給者番号									
保険適応外： 交通事故・労災・生保・その他（　　）									

＊本票と紹介状を FAX 送信して下さい（保険情報は別紙でもかまいません）。
＊診察日が決まりましたら、予約票を返信致します。
＊受診時に紹介状の原本や画像、予約票を患者様に持参頂けるようお願い致します。
◎本票に記載されている個人情報は紹介のみに使用し、他の目的には利用いたしません。
お問い合わせ先：村上記念病院　地域医療連携室　TEL 0897-56-2281（直通）