診療予約申込書（ＦＡＸ送信専用）

新潟県立坂町病院 患者サポートセンター 宛　　　※受付時間　平日８：３０～１７：００

ＦＡＸ：０２５４－６２－３２２５　　　　 ＴＥＬ：０２５４-６２-３１１１（内線３７６）

（〒　　　　　－　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申込日：令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

ご依頼医療機関名 　　ＴＥＬ

ご依頼医師名 　　ＦＡＸ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生　（　　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　－ |
| 連絡先 | 電話番号 | 携帯電話 |
| ※連絡が取れる電話番号を必ずご記入ください |
| 当院の受診歴 | 有 （坂町病院登録ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　・　　無　　・　　不明 |
| 保険者番号 | 記号・番号 | 被保険者区分 |
|  |  | 本人 ・ 家族 |
| 公費負担者番号 | 公費受給者番号 |
|  |  |
| 〔 患者様の状況 〕　□ お待ちです　　□ 後ほど取りに来られます　　□ 入院・入所中です |
| 希望診療科 | 科　　　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 紹介目的・連絡事項等 |  |
| 予約希望日 | ① 　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　）　　　　　　　　③ いつでもよい② 　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　） |

（お願い） 診療情報提供書も併せてFAX送信くださるようお願いします。 　　　　 2023(R05)0401改訂