

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いたします。

2023(R05)0401 改訂