

# FAX予約診療申込書

FAX 0176-51-1375

三沢市立三沢病院 地域医療連携室 宛

〒033-0022  
 青森県三沢市大字三沢字堀口164番地65号  
 TEL: 0176-53-2161(代表)・0176-51-1375(直通)

紹介元医療機関	医療機関名	
	住所	
	担当医師	
	TEL	
	FAX	

受診第1希望日		<input type="checkbox"/> 月 日以降希望(※月日必須)
" 第2希望日		予約不能日:
" 第3希望日		
紹介目的	(※歯科口腔外科予約希望のみ記入お願いします)	

※歯科口腔外科を除く予約希望の際は、紹介状の添付をお願いします。

受診予定の診療科に☑をお願いします。															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内科 (腫瘍内科)	循環器内科	外科	整形外科	産婦人科	小児科	泌尿器科	皮膚科	眼科	形成外科	放射線科	歯科口腔外科	脳神経外科	頭頸部腫瘍科	耳鼻咽喉科	セカンドオピニオン

※患者情報	フリガナ			性別
	氏名	(姓)	(名)	男 ・ 女
	生年月日	明・昭・令 年 月 日 (満 歳)		
	住所	〒 (TEL )		
※保険情報	保険者番号		区分	本人 ・ 家族
	記号・番号		被保険者名	
	公費等	市町村・負担者番号		
		受給者番号		
資格取得日		負担割合	割	

※カルテまたは保険証のコピー貼付可能です。

平成31年4月改定

※16時以降のお申し込みについては、翌日回答となる場合がありますのでご了承ください。

誤送信の際は廃棄処分をお願いいたします。