

# F A X 予 約 診 療 申 込 書

FAX 0176-51-1375

受診予定日	平成 年 月 日 ( ) 時 分			
主病名	<input type="checkbox"/> がん ( )			
	<input type="checkbox"/> その他疾患 ( )			
希望受診科 (○をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 外科	
	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍科 (耳鼻咽喉科)	
	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
患者情報	(ふりがな)			性別
	氏名	(姓)	(名)	男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 才)		
	住所	〒 -	電話番号	- -
保険情報	保険者番号		区分	本人・家族
	記号・番号		被保険者氏名	
	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
医療機関名				
所在地				
紹介医師	科			
電話番号				
FAX番号				
送信担当者名				

誤送信の際は廃棄処分をお願いいたします。