

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)・0176-50-1160(直通)

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

受診予定の診療科に☑をお願いします。

<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

受診第1希望日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日以降いつでも可(※月日必)
" 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をお願いします)	

※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。

※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 (歳) 大・平			
	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。 令和6年7月改訂

※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。