

専用FAX 018-884-7123

中通総合病院 診療申込書 (FAX送付票)

科 医師 宛

紹介元医療機関

名称	TEL
住所	
医師名 先生	FAX

下記の患者を紹介します。 中通総合病院受診歴 【 有 ・ 無 】

フリガナ	性別	大正 昭和 平成 令和	年齢
患者氏名 様	男・女	生年月日 年 月 日	
住所 〒 -	電話番号 - -		

保険者番号	公費負担者番号		
記号・番号	公費受給者番号		
被保険者氏名	本人・家族	高齢受給者証	1割・2割・3割
資格取得	年 月 日	資格取得	年 月 日
有効期限	年 月 日	福祉	

※健康保険証の写しでも結構です。

診察希望日①	月 日 () 曜日
診察希望日②	月 日 () 曜日
	いつでもよい
その他	

*診療情報提供書は、事前にFAXをお願いいたします。

◎ 都合により来院できなくなった場合や、受診日変更のご相談は、予約を申し込んだ医療機関を通じてご連絡ください。

◎ 土曜日は係りが不在のため、翌週の対応になります。

〒010-8577 秋田市南通みその町3-15
 中通総合病院 地域医療連携部
 代表TEL 018-833-1122 内線 (1670)
 直通TEL 018-825-1722
 直通FAX 018-884-7123