

# ご紹介病客さま診療予約申込書

診療受付時間

月曜日～金曜日(午前8時～11時、午後1時～3時)

土曜日(午前8時～11時)

急患は24時間・365日診療致します

医療機関名・医師名  
電話番号・FAX番号

心臓病センター榊原病院  
地域医療連携室直通予約専用FAX番号

## 086-223-5245

予約受付時間 月～土 8時30分～17時

電話 086-225-7111(代)

FAX 086-223-5265(代)

\* FAXをいただきましたら15分以内に予約表を返信させていただきます

### 予約内容

\* 午前は8時30分から11時、午後は1時30分から3時で希望時間をご記入下さい

ご希望日時	月 日( ) 午前( )時( )分・午後( )時( )分
受診科	循環器内科・一般内科・腎透析部・糖尿病内科・眼科 心臓血管外科・一般外科・消化器科 (いづれかに )
希望医師名	有り ( ) ・ 無し (いづれかに )
紹介目的	

\* 診療情報提供書もできましたらFAXをお願いします

病客さま情報ならびに保険証情報につきましては、別の形式でも結構でございます(例:カルテなど)

### 病客さま情報

ふりがな		性別	男性・女性
病客さま氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳		
住所	〒		
電話番号	- -	当院受診歴	有り・無し

### 健康保険証情報 (FAXもしくは下記にご記入をお願いします)

記号・番号		割	被保険者名	
保険者番号		本人・家族 (いづれかに )		資格取得日・有効期限
後期高齡	39	割		資格取得日・有効期限