

予約済患者基本情報(FAX用紙)

電話予約後FAXお願いします。

fax送信日

緊急の場合は担当医におつなぎします。

平成 年 月 日

○をつけて下さい→

緊急

一般受診

検査

検査種 ()

紹介先医療機関

紹介元医療機関名

川内市医師会立市民病院

_____ 科

TEL

_____ 先生

受診予約済日時

医師お名前

年 月 日 :

(医師に連絡済み 予約担当者に連絡済み)

患者情報

市民病院の受診歴(有・無・不明)

保険者番号	_____
記号・番号	_____
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族

公費負担者番号	_____
公費負担医療番号	_____
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	男・女
患者氏名			月	日	歳
住所	<input type="checkbox"/> 薩摩川内市	電話番号()			
	<input type="checkbox"/> その他	市・町・村			
市民病院記入欄			ID番号	_____	

FAX番号 先に電話にて予約をお願いします

市外局番0996

平日および土曜日	平日8:30~17:00 土8:30~12:30	20-5801
上記以外の時間帯 夜間・休日	夜間17:00~翌8:30 (土12:30~ 日祝は終日)	20-5808

登録がない患者の場合、カルテ上の受診予約や検査指示などでできず、対応が遅れる場合があります。お手数ですが、ご協力とご理解のほどよろしく願いたします。