

柏崎総合医療センター 受診申込書 (FAX用)

患者サポート室FAX番号(直通)0257-21-5520

医療機関名 _____ TEL番号 _____

医師名 _____ FAX番号 _____

受診希望日 年 月 日 ()

診察ご希望の科に○をつけて下さい			紹介目的・診察希望医師等備考欄
01 内科	02 神経内科	08 眼科	紹介状と併せてFAXしていただければ、 紹介目的の記入は不要です
(専門分野別)	03 小児科	09 整形外科	
呼吸器内科	04 外科	11 皮膚科	
循環器内科	・心臓血管外科	12 泌尿器科	
血液内科	・乳腺外科	13 睡眠外来	
腎臓内科	05 脳神経外科	15 痛み外来	
内分泌・糖尿病内科	06 産婦人科	20 歯科・口腔外科	
消化器内科	07 耳鼻咽喉科	その他	

フリガナ		性別	当院受診歴の有無
患者氏名	旧姓 ()	男・女	有 ・ 無 ・ 不明
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳		
現住所	〒 -		
電話番号	() -		

保険証及び公費医療証をFAXしていただければ、保険情報の記入は不要です

保険証記号番号	医療証負担者番号
保険者番号	医療証受給者番号
被保険者区分	本人 ・ 家族 負担割合 割
資格取得年月日	年 月 日

*FAX受付時間 平日 午前8：30～午後4：30

折り返し、『診察受付のご案内』をFAX致しますので、患者さんにお渡してください。
上記の受付時間外にFAX送信された場合の対応は、翌診療日の処理となりますのでご了承ください。

- *当日、及び緊急受診希望の患者さんにつきましては直接各外来へご連絡ください。
- *ご指定の医師が不在の場合は、他の専門医が診察させていただく場合がございます。
- *ご不明な点がございましたら病診連携室へお問い合わせください。

柏崎総合医療センター 患者サポート室
TEL 0257-23-2165 (内線517)
FAX 0257-21-5520 (直通)

2018.4