

紹介患者様診察事前申込書

受付時間:9時~16時30分(月~金)
9時~11時30分(土)
(時間外は翌平日以降の返事となります)

FAX:0771-24-9719(連携室直通)

紹介元医療機関

医療機関名
所在地
TEL
FAX
担当医

受診希望日

第一希望日 月 日() :

第二希望日 月 日() :

第三希望日 月 日() :

特になし

(当日受診についても本紙の記入をお願い致します)

主訴・傷病名

受診希望診療科(○をつけて下さい) 眼科・皮膚科は時間予約制ではございません

内科	外科	整形外科	脳神経外科	循環器科	泌尿器科	眼科	皮膚科	メンタルヘルス科	べんぴ外来	内視鏡検査	その他

希望する医師()医師・無

患者基本情報

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月 日生
住所	〒 TEL() -				
当院受診歴	有(ID)・無・不明		患者様は(外来通院中/入院中)		

保険情報 ※保険証の写しを送付していただいても結構です

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
資格取得日		有効期限	
有効期限		負担割合	
被保険者名		続柄	

☆お問合せ先

亀岡シミズ病院 地域医療連携室

TEL:0771-23-0013(代表) FAX:0771-24-9719(直通)

※緊急時、休日・祝日の受診については、直接医師にお取次ぎさせて頂く場合があります。

※受診予約日の返事が翌日以降になる場合があります。