

# 嘉麻赤十字病院診察予約申込書 (FAX専用)

申込日 平成 年 月 日

嘉麻赤十字病院

科宛 ( 先生)

初診 再診

依頼医療機関

(担当医師)

住所

TEL・FAX

フリガナ 患者氏名	様 (男・女)	住所
生年月日 明治 大正 昭和 平成 (乳幼児 ヲ月 日)	年 月 日生 (才)	TEL
公費負担者番号		保険者番号
公費負担受給者番号		被保険者証の記号番号
	割	被保険者名・続柄(本人・家族)

依頼項目	外来受診	入院予約	即日入院	検査 ( )
	受診希望日	年 月 日	検査予約	月 日 (曜日) 時 分
傷病名				
紹介目的				

### 【お願い】

- \*カルテを事前に準備しておきますので、お手数ですが、患者氏名、生年月日、性別、住所ならびに初診については、保険証の記号番号等の記入をお願いします。
- \*この診察予約申込書(様式1)と診療情報提供書(様式2)は、当日患者様に持たせてください。又、FAX以外のご紹介の場合にも、診療情報提供書としてご利用下さい。

## 嘉麻赤十字病院 FAXによる 受付

**FAX番号フリーダイヤル 0120-52-1015**

### 【受付時間】 (休診日を除く)

平日 午前8時30分 ~ 午後17時

### 【お問い合わせは】

<b>地域医療係</b>	<b>専用電話(フリーダイヤル) 0120-52-2131</b>
--------------	-----------------------------------

嘉麻赤十字病院 代表電話 (0948) 52-0861 地域医療係：内線505

ご紹介ありがとうございました。