

予約患者連絡票



FAX:0466-44-9981 お電話でご予約の後に
FAXしてください。

年 月 日

藤沢湘南台病院

貴院名

科 担当医師 宛

所在地

T E L

F A X

先生のお名前

予約日時	月 日 : ~
------	---------

フリガナ		男・女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日 歳
患者氏名	様			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
住所 〒	—			電話	— —

■ご予約いただいた内容

内科 (<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 内分泌代謝科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科)
外科 (<input type="checkbox"/> 一般外科 <input type="checkbox"/> 大腸肛門科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科)
整形外科 (<input type="checkbox"/> 一般整形外科 <input type="checkbox"/> 健康スポーツ部)
その他 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 (科)

■患者様保険情報

保険者番号									
記号・番号									
被保険者氏名									

公費負担者番号									
受給者番号									
公費負担者番号									
受給者番号									

負担割合	<input type="checkbox"/> 3割
	<input type="checkbox"/> 1割
(割)	