

# <診療予約票>

FAX:084-920-9278(直通)

特定医療法人 財団竹政会  
セントラル病院  
地域医療連携室  
TEL:084-924-4141(代)

ご紹介元医療機関名  
ご住所

医師名

TEL:

FAX:

お申込日 平成 年 月 日

## \* ご紹介患者様の基本情報

ふりがな	性別	生年月日
お名前	男性 女性	M・T・S・H 年 月 日( 歳)
ご住所 〒 -		
連絡先 -		当院受診歴 有・無・不明

## \* ご紹介目的

1 診察 ( 内・外・整形外科 )	医師 ( )
2 入院 ( 内・外・整形外科 )	医師 ( )

## \* 希望日

1 ( 月 日 ( ) )	午前・午後 ( )
2 ( 月 日 ( ) )	午前・午後 ( )

## \* 主訴・傷病名・症状経過などご記入ください(診療情報提供書をあわせてFAXいただく場合には不要です)

--

## \* 患者さまの保険情報(事前のカルテ作成に必要です。可能でしたら保険証のコピーをお願いいたします)

### 保 険

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	~
被保険者	・ 本人 ・ 家族(被保険者名: )
事業所名称	
負担割合	

### 公費医療

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	~

### 《受付時間》

- ・ 平日(月~金) 8:30~17:30
- ・ 土曜(午前のみ) 8:30~12:30

- ご希望日のご予約がお取りできない場合には、担当者から折り返し貴院へお電話にてご連絡いたします。
- 当診療予約票を受信後、30分以内に貴院へFAXにてご予約通知書をお送りいたしますので、患者さまにお渡しください。当日は診療情報提供書・保険証・ご予約通知書を受付窓口へ提出してください。