|  |
| --- |
| 平成　　　年　　　月　　　日 |
| **紹介患者用　外来予約ＦＡＸ申込書**  **FAX番号0185-54-8894** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 能代厚生医療センター | 科 | 先生 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介医療機関の | 所在地 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 名称 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 紹介医師名 | 先生 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 電話番号 |  | FAX |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年　　　月　　　日生  　　　（　　　　　　）歳 | | |
| 受診者名 | 様 |
| 住所 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | 職業 |  |

|  |
| --- |
| 受診希望日　　　平成　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 紹介目的  ※診療情報提供書を作成済みでしたら同送お願い致します、その際この欄は記載不要です。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※待ち時間短縮の為事前にｶﾙﾃを準備しますので**保険情報等の提供をお願いします。（保険証等のコピーでも結構です）**。 | | | | |
| 保険者番号 |  | | 被保険者名 | 本人・家族（　　 　　　　） |
| 記号・番号 |  | | 自己負担 | ３割・１割 |
| 資格取得 |  | | 有効期限 |  |
| 公費負担者番号 |  | |
| 公費受給者番号 |  | |
| C:\Users\地域連携室\Desktop\3月号　地域医療連携室だより\農協マーク.jpg　　　秋田厚生連  **能代厚生医療センター** | | 地域医療連携室（直通）  TEL　**０１８５－５４－８８９３**  FAX　**０１８５－５４－８８９４　（FAX専用）** | | | |
| 〒016-0014　能代市落合字上前田地内 | |