

診療予約申込書

FAX送信・病院提出用

東京北社会保険病院 地域医療連携室 あて

平成 年 月 日

医療機関名
御住所
電話
FAX
御担当医

科
医師希望 ・ 希望無

フリガナ 患者様氏名		患者様住所							
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日	電話番号							
性 別	男 女	公費負担番号							
保険者番号		公費負担受給者番号							
被保険者証記号番号		公費負担番号							
被保険者との続柄		公費負担受給者番号							
傷 病 名 ご紹介目的									

お願い カルテを事前に作成いたしますので太枠の中は必ず記入してください。

【お願い】

この度は、患者様をご紹介いただき誠にありがとうございます。

この申込書は患者様をお待たせしないように、事前にカルテ作成するためのものです。お手数ですが、印の箇所には必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。(保険情報に関しましては、保険証のコピーでも可能です)

なお、初診の場合には、手続きに多少時間が掛かりますので、予約時間の 10 分前までに初診受付までお越し頂く様に、患者様にお伝えください。その際に必ず紹介状を受付にお渡しください。

東京北社会保険病院 地域医療連携室

受付時間 平日 8:45～16:30 土曜日 8:45～12:00

〒115-0053 東京都北区赤羽台 4-17-6

代表 TEL 03 - 5963 - 3311 FAX 03-5963-6678

直通 TEL 03 - 5963 - 3421 FAX 03-5963-3313