

診療予約申込書(FAX用)

申し込み日： 年 月 日 ()

北見赤十字病院

地域医療連携室宛

〒090-8666 北見市北6条東2丁目1番地

予約専用FAXフリーダイヤル ☎0120-018-599(直通)

専用電話 フリーダイヤル ☎0120-018-299(直通)

貴医療機関名・住所・医師名・電話・FAX

フリガナ		性別	栄養指導希望の場合
患者氏名	(旧姓) 〔 〕	男・女	<input type="checkbox"/> エネルギー集団 <input type="checkbox"/> 塩分集団 <input type="checkbox"/> 個別
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)		(病名) 〔 〕
住所	〒		
電話番号	()	・携帯番号	

予約依頼診療科：	科	予約希望医師名	
第1 予約希望：	年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分頃
第2 予約希望：	年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分頃
産科の場合：	(分娩予定日 年 月 日・妊娠歴 ()		
北見赤十字病院への受診歴の有無	有 ・ 無	(カード番号)

【保険情報記入欄】

※保険証・公費負担医療受給者証の原本のコピーを送信していただいても結構です。

■被保険者証 (本人・家族)
(0割・1割・3割)

保険者番号	〔 〕
記号・番号	〔 〕
資格取得日	〔 〕
有効期間	～

■公費負担医療受給者証

市町村番号	〔 〕
受給者番号	〔 〕
有効期間	～

■後期高齢者被保険証 (1割・3割)

市町村番号	〔 〕
受給者番号	〔 〕
有効期間	～

■公費負担医療受給者証

市町村番号	〔 〕
受給者番号	〔 〕
有効期間	～

乳・ひとり親・障害	記号・番号	・	有効期間	年 月 日～ 年 月 日
-----------	-------	---	------	--------------

その他	生保・労災・公災・自賠責・その他 ()
-----	----------------------

必ずご連絡下さい

※ FAXでの予約は月曜日～金曜日の8:30～17:00迄です。原則20分以内にお返事するように調整致します。この時間以外でも受信可能ですが、お返事は翌日(休診日明け)の時間内になります。(土・日曜日、祝祭日、5月1日、年末年始(12月29日から1月3日)はお受けできません)

※ 緊急の患者様につきましては、直接、医師に電話でご相談下さいますようお願い致します。