

総合病院 水島協同病院 外来受診予約申込書 (FAX 086-444-3255)

ご希望の診療科をご記入ください。

総合病院 水島協同病院	科
	先生

紹介元医療機関の住所・名称

TEL _____

FAX _____

医師氏名 _____

フリガナ		生年月日	
患者氏名		明・大・昭・平	
		年 月 日 (歳) 男・女	
住所	〒	TEL	
<希望受診日> 年 月 日 () 年 月 日 () いつでも可	保険情報	保険者番号	
		記号・番号	
* 診療日に関しましては、当院の外来診療表を御参照下さい(ご不明な点はお問い合わせ下さい) * 診療日までに診療情報提供書をFAXして頂きますようお願い致します		被保険者氏名	
		続柄	本人・家族
		負担割合	0・1・2・3割
		公費負担医療受給者証	
		負担者番号	
		受給者番号	
		有効期限	

(お願い)

- * FAX受診後、速やかに予約票をFAXにて返信致します。
- * 返信が届かない等の不都合がございましたら地域医療連携室にご連絡頂きますようお願い申し上げます。
- * 緊急時・入院の必要な時は、代表電話(086-444-3211)へお電話下さい。

<問い合わせ先> 総合病院 水島協同病院
 地域医療連携室 TEL 086-444-3250 (直通)
 受付 平日 午前9時~17時
 土曜日 午前9時~12時