

診療予約申込書

平成 年 月 日

青森県立中央病院： _____ 科

医師名： _____ 殿

紹介元医療機関名： _____

所在地： _____ 市・町・村

医師名： _____

電話： _____ - _____ - _____

FAX： _____ - _____ - _____

(患者情報)

フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	歳	男・女
氏名					
(受診希望日時) 平成 年 月 日 () 午前・午後					
(依頼目的)					
患者住所 〒 _____					
患者 電話番号			患者 職業		
世帯主 氏名		世帯主と の続柄		世帯主 職業	
保険者番号			1 本人 2 家族		
記号		番号		有効期限 年 月 日	
公費番号		受給者番号		有効期限 年 月 日	
県病来院歴 有 ・ 無		(施設入所者) 入所年月日 年 月 日			

保険証等のコピーを添付していただければ、欄の記載は不要です。

FAXで受診予約をしていただければ、患者さんが当院に新患として来院の際に、新患受付手を省略できます。

(連絡窓口) 青森県立中央病院 患者・家族相談支援室

TEL : 017 - 726 - 8377

FAX : 017 - 726 - 8162