

診療申込書

三愛病院

紹介元医療機関

科
先生

名称
科名
医師名
TEL
FAX

※当院で記入して返信致します

受診日時	月 日 () 午前 ・ 午後 :
------	-------------------

※太枠内ご記入ください。

フリガナ			性 別
氏 名	様	男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年	月	日 (歳)
住所	〒		
TEL	当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	

保険情報

公費負担番号		本人	保険者番号	
公費受給者番号		家族	記号・番号	

◆当日来院されましたら、メディカルモール1階 外来受付でお手続きをお願い致します

- 予約時間の30分前から受付をしております。時間に余裕を持ってお越し下さい。
- 外来受付で、紹介状と本用紙の提出及び保険証の提示をお願い致します。各種受給者証をお持ちの方は併せてご提示ください。

※ 急患対応や診療の都合によってお待たせする事もございます。予めご了承ください。
 ※ 予約に関するお問い合わせは下記までお願い致します。

地域医療連携室

TEL 048-866-1515
 FAX 048-866-1516
 受付時間 9:00~17:00 (日曜祝日除く)

医療法人社団 松弘会 三愛病院
 〒338-0837 さいたま市桜区田島4-35-17
 TEL 048-866-1717 (代)

当院使用欄

患者様 ID : _____ カルテ作成 済 ・ 未