

# 受診申込書

申込日

平成 年 月 日

ふりがな		性別	世帯主名		希望受診科に○ をつけて下さい	
氏名		1. 男 2. 女	続柄 未婚の別	未婚・既婚		
生年月日	明治・昭和 大正・平成 年 月 日生 年齢( 才)				01 内科	
現住所	〒				21 呼吸器・アレルギー科	
	都道 府県	市 郡	区 村	町 番地	22 内分泌・代謝内科	
	電話番号( ) - 携帯				12 神経内科	
公費負担番号						12 もの忘れ外来
公費負担医療の受給者番号						04 小児科
被保険者証記号・番号		記号		番号	13 小児神経	
被保険者番号						10 児童精神科
被保険者氏名・続柄					続柄	
資格取得年月日						
職業	事業所名					
	電話番号	電話( ) -				
診察予約日時	月 日		曜日	時 分		

紹介医 住 所.....

病 院 名.....

医 師 名.....

電 話 番 号.....

\* 保険情報については保険証のコピーでも結構です。

F A X.....

**キリトリせん(患者さんにお渡しください。)**

## 診 察 予 約 券

氏 名 様

診 察 予 約 日 月 日 曜 日

予 約 時 間 ・ 科 時 分 科

\* 保険証・診療情報提供書(紹介状)・予約券・診察券(お持ちの方)を①番受付にご提出ください。

\* 予約日に来院できないときは、地域医療連携室までご連絡ください。

\* 診察時間は予約患者の関係で遅れることがありますので、ご了承ください。

独立行政法人国立病院機構天竜病院 地域医療連携室

TEL053-583-3111(代表)

FAX053-583-0467