

診察申込書

申込日： 年 月 日

紹介元

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

紹介先診療科

科

医師

受診希望日

第1希望 月 日 曜日 AM・PM

第2希望 月 日 曜日 AM・PM

紹介患者情報

ふりがな

患者氏名

男・女

生年月日

M S
T H

年

月

日

生

住所

電話番号

保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

記号

番号

本人・家族

公費負担番号

--	--	--	--	--	--	--	--

1割・2割・3割

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

負担なし・負担あり

自賠責・労災・その他()

- 診療情報提供書を添付の上、送信をお願いします。
- 保険証等はコピーをFAXしていただいても結構です。
- 受付時間外・休診日にFAXいただいた場合、翌診療日に【診療予約票】を送信いたします。
- 緊急の場合はお電話でお申し込み下さい。

社会医療法人財団古宿会 水戸中央病院 地域医療連携室

FAX: 029-309-8525

TEL: 029-309-8524

受付時間: 8:30~16:30

休診日: 第1・3・5週土曜午後、日曜、祝日
年末年始(12月31日~1月3日)