

# 弥生病院 眼科 紹介予約申込 F A X用紙

FAX : 0532-48-7550 《専用》 TEL : 080-9667-2294 《専用》

年 月 日

## ●紹介元医療機関 様

貴院名	
医師名	
TEL	
FAX	

## ●希望日

希望医師	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 医師 <input type="checkbox"/> 無
希望日	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 至急

## ●患者様情報

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	(旧姓： )				
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( 歳)				
住所					
電話番号	《自宅》		《携帯》		
【ご紹介目的、病名、症状等】 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書を添付の場合はチェックしてください。					

## ●保険情報

保 険 者 証	保険者番号				公 費 受 給 者 証	負担者番号		
	記号					受給者番号		
	番号					有効期限	年 月 日～	
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担	割			年 月 日	

※予約日時が決まりましたら折り返しFAXにて予約票を送信させていただきます。  
尚、FAXは24時間対応しておりますが、  
受付時間以降のお申込みは翌日の返信とさせていただきます。

**受付時間 午前8:30～17:30 (土曜日は11:30までの受付となります)**