

足利赤十字病院

| | |
|------|----------|
| 貴院情報 | 名称と所在地 |
| | 電話番号 |
| | F A X 番号 |
| | 医師名 |

| | |
|---|----|
| 科 | 先生 |
|---|----|

| | |
|--|---------------------------|
| 今回のご紹介について（簡易記載） | ※該当の際は○で囲んでください → （現在入院中） |
| 傷病名 | ↓ （ 診察 精査 入院 手術 検査他 ） |
| 受診第一希望日 | 受診第二希望日 |
| 月 日 | 月 日 |
| 足利赤十字病院にかかったことが | ある ・ ない |
| 足利赤十字病院 ID番号 | |
| ※ なお、上記ID番号の確認できる方はお電話のみで予約お取りできます。 その場合、こちらの用紙の送信は不要です。紹介状のみFAX願います。 | |

| | |
|--------------|-------------------------------|
| フリガナ | |
| 氏名 | 様 |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| ※ 過去10年内での旧姓 | |
| 生年月日 | 明治 昭和 令和 大正 平成 年 月 日 （ 才 ） |
| 現住所 | 都 府 郡 町 市 町 番地 道 県 市 町 番地 |
| 電話番号または携帯番号 | - - |

保険証のコピーを添付願います。

※ ご来院の際は、直接該当する診療科の受付までお越しください。
 また、当日は診療情報提供書（紹介状）と保険証を忘れずにご持参願います。

予約票を折り返しFAX送信いたしますので患者さまにお渡しください

| | |
|---------------|--------------------------------|
| 事前予約 F A X 番号 | 0 2 8 4 - 2 1 - 4 1 3 5 |
|---------------|--------------------------------|