

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	↓ （精査 診察 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 かったことが	ある ・ ない
足利赤十字病院 ID番号	
※ 上記ID番号の確認できる方、紹介状をすぐにFAXできる方はお電話のみで予約をお取りできます。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 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
---------------	--------------------------------