

↑ 矢印の方向から縦向きにFAXして下さい。

診療予約FAX依頼書（兼診療情報提供書）

社会保険大牟田天領病院 地域医療室 行

受付時間 月～土曜 8:45～17:00（土曜は12:00まで）

直通FAX 0944-55-9886 代表TEL 0944-54-8482

保険者番号							
記号・番号							
被保険者との続柄	本人			・ 家族			
公費負担者番号							
公費負担受給者番号							

※事前にカルテを作成しますので、保険者番号の記入をお願い致します。

診療予約	診療科（ ）科・担当医（ ）
希望診療日	平成 年 月 日 曜日
フリガナ	
患者様のお名前	M・T・S・H 年 月 日生 様 男・女（ 歳）
現住所	〒 — 電話 — —
記載順 → ①傷病名 ②紹介目的 ③既往歴 ④病状及び検査結果 ⑤その他	
.....	
(開放病床利用 する・しない) (患者への説明 未・済)	
平成 年 月 日	

○診療予約FAX依頼書が着信しましたら、受診票をFAX致しますので患者様にお渡し下さい。

ご紹介元医療機関 FAX : — —
名称 : 電話番号 : — —
所在地 : 医師氏名 :