

# いわくら病院 外来受診予約申込書

FAX:075-711-2200(地域連携室直通)

TEL : 075-711-1005(地域連携室直通)

※お急ぎの場合・入院については、電話でお願いします。

申込日： 年 月 日

## ○受診希望日 (翌週以降の日程でお願いします。)

① 月 日

② 月 日

③ 月 日

## ○患者様

フリガナ	性別	生年月日
名前	男 女	T・S・H・R・西暦 年 月 日
住所	電話番号	
〈当院受診歴〉 有 ・ 無		

## ○患者様保険情報

保険番号	記号・番号	有効期限	□本人 □家族
公費負担医療受給者証	有効期限		

## ○ご紹介元医療機関情報 ※診療情報提供書等の添付をお願いいたします。

医療機関：	主治医：
電話：	FAX：
ご担当者さま：	