FAX O3-3307-0013 一般社団法人 至誠会第二病院 地域医療連携室行 FAX 受付時間 月~金 $9:00\sim15:00$ 土 $9:00\sim11:30$ (第 $1\cdot3$ 土曜日、年末年始、日祭祝日は休診)

保険者番号				公費負担番号												
記号		番号	号		公費受給者番号								$\overline{/}$			
被保険者との続柄			本人・家族				有効期限		,		年	月		日		
有効期限			年 月 日			負担割合			1 割・3 割							

【眼科】初診予約申込書(診療情報提供書)

加力厂口小	1 元孙人姓一定时 明幻 仁		記載日	年	月	且			
一般任団法	人 至誠会第二病院 眼科 行	紹介元医療機関名							
当院受診歴		住所							
当院 ID 番·	万 □ 月 日 ()	TEL FAX							
初診希望 (月) ~ (﴿	9:00・10:00・11:00	医師名	(診療科	印 科)					
フリガナ									
患者氏名		男・女	MTSH 年	月	日	才			
住所	〒 -		自宅 TEL 携帯 TEL	()				
病名または	紹介目的								
症状・治療	経過(既往歴・家族歴・検査結果) 								
現在の処方									
資料持参(有・無) レントゲンフィルム・検査記録	录•その他()			