

FAXによる診療申込書（秋田労災病院）

令和 年 月 日

紹介元医療機関名称 (発信者)		〒 ー	
		TEL: ()	FAX: ()
予約内容	診察	科	*備考
*希望日時		令和 年 月 日 () 時頃	
要望事項			
フリガナ			
受診者氏名		男 ・ 女	
生年月日		大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)	
現住所		〒 ー	
		TEL: ()	携帯: ()

紹介状の写しと一緒にFAXお願いいたします。

- * 希望日時の時間については、特に希望される場合のみご記入下さい。
 なお、ご希望に添えない場合は、その旨を連絡いたします。
 返信は、午後4時までに受信した場合は、当日中に行いますが午後4時以降のものは翌日の午前中となります。
 但し、休診日に受信した分に関しては、休日翌日の返信となりますので、ご了承下さい。
 休診日・・・土・日・祝・年末年始

患者基本情報

- 患者さん受診時の待ち時間短縮のため、事前にカルテの準備をさせていただくため必要です。
- 個人情報につきましては、貴院から患者さんにその旨をご説明いただき、患者さんの同意を頂いた上でご記入くださいますようお願いいたします。

被保険者氏名			本人 ・ 家族
保険者番号		記号・番号	
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日
公費 負担者番号		受給者番号	
福祉医療 負担者番号		受給者番号	
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日
負担割合	1割 2割 3割	医療限度額認定適用 標準負担額減額認定	

- * 患者基本情報(保険情報)は、保険証のコピー又は、貴院の外来カルテの保険証情報をFAXしていただいても結構です。

〒018-5604

秋田県大館市軽井沢字下岱30

労働者健康安全機構 秋田労災病院

地域医療連携室

TEL 0186-52-3131 (内線2782)

FAX 0186-47-7611

E-mail byoushin@akita.h.johas.go.jp