

# 診療予約申込書

FAX送信用

医療法人 光晴会病院 地域医療連携室 宛

令和 年 月 日

※ご希望の診療科・医師・診療日がありましたら、  
下記へご記入下さい。

診療科	
医師	医師希望・希望無
診療日	/ ( )
光晴会病院受診歴	あり・なし

貴医療機関名
住所
電話
F A X
担当医

医師に連絡済 予約担当者に連絡済 未連絡

## ◎患者様の保険情報

フリガナ	旧姓( )	男・女	住所	〒 -
氏名				
生年月日	大昭平 年 月 日	( )才	電話番号	( )
被保険者証	保険者番号		公費負担者番号	
	記号・番号		受給者番号	
	有効期限	/ ~ /	公費負担者番号	
	被保険者名	続柄	受給者番号	
傷病名 紹介目的				

## 【お願い】

この度は、患者様をご紹介いただき誠にありがとうございます。

この申込書は患者様をお待たせしないように、事前にカルテ作成するためのものです。(保険情報に関しましては、保険証のコピーでも可能です)

なお、初診の場合には、手続きに多少時間が掛かりますので、予約時間の 10 分前までに総合受付までお越し頂く様に、患者様にお伝えください。その際に必ず紹介状をお渡しく下さい。

医療法人 光晴会病院 地域医療連携室

受付時間 平日 8:45~16:30 土曜日 8:45~11:30

〒852-8053 長崎市葉山1丁目3番12号

代表 TEL 095-857-3533

直通 TEL 095-857-3563 FAX 0120-573-632

フリーダイヤルFAX

0120-573-632

※ 光晴会病院ホームページよりダウンロードして下さい。