

# 受診申込書

申込日

年 月 日

ふりがな		性別	世帯主名		希望受診科に○ をつけて下さい
氏名		1. 男 2. 女	続 柄		
生年月日	年 月 日生 年齢 ( 才)				
現住所	〒 都道 市 区 町 府県 郡 村 番地 電話番号 ( ) ー 携帯				01 内科 21 呼吸器・アレルギー科 22 内分泌・代謝内科 12 脳神経内科 12 もの忘れ外来 10 児童精神科
公費負担番号					
公費負担医療の受給者番号					
被保険者証記号・番号	記号		番号		
被保険者番号					
被保険者氏名・続柄				続 柄	
資格取得年月日					
職業	事業所名				
	電話番号	電話( )	ー		
診察予約日時	月	日	曜日	時	分

紹介医 住 所.....

病 院 名.....

医 師 名.....

電話番号.....

\* 保険情報については保険証のコピーでも結構です。 F A X.....

キリトリせん(患者さんにお渡しください。)

## 診 察 予 約 券

氏 名 様

診察予約日 月 日 曜日

予約時間・科 時 分 科

\* 保険証・診療情報提供書(紹介状)・予約券・診察券(お持ちの方)を①番受付にご提出ください。

\* 予約日に来院できないときは、地域医療連携室までご連絡ください。

\* 診察時間は予約患者の関係で遅れることがありますので、ご了承ください。

独立行政法人国立病院機構天竜病院 地域医療連携室  
TEL053-583-3111(代表)  
FAX053-583-0467