

送信用兼患者様用

# FAX受診予約申込書

平成 年 月 日 発行

内案割歳合総立市青

紹介先：**青梅市立総合病院**

紹介元

医院・病院

科 先生

医師

住所

受診予定日時 月 日※時間 時 分 電話

保険証情報 (FAXでも結構です。第二公費があれば医療証をFAXして下さい。)

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号	.	公費受給者番号	
資格取得月日			
有効期限			
被保険者氏名			本人 ・ 家族
<input checked="" type="radio"/> (老) 一部負担金割合	割	紹介先受診歴	有 ・ 無 ・ 不明
フリガナ 患者氏名	様	男 女	生年 月日
			明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒 -	電話	

送信先：青梅市立総合病院 FAX 0428-25-1854

保険証欄のご記入か本証コピーのFAXは必ずお願いいたします。

### <先生方へのお願い>

受付時間 ◇土日祝日を含めて24時間FAXを受け付けております◇  
ただし、電話での対応は平日午後5時までです。午後5時以降、土日、祝日にFAXをお送り  
いただいた場合は、翌日、休み明けに患者さんと紹介元の病院へご連絡を差し上げております。

- ・患者さんの電話番号は、連絡のとれる番号の記入もお願いいたします。

### <患者様へのご案内>

- ・予約時間の15分前に、一階の受付にお越し下さい。
- ・受診する科を一年以内に受診したことがある方は、自動診療受付機を通して、  
地域医療連携室にお越し下さい。
- ・ご持参の紹介状は、地域医療連携室の窓口にご提出下さい。
- ・ご来院出来ない場合には当院地域医療連携室までご連絡下さい。

◇ご持参頂くもの 1. 紹介状(情報提供書) 2. 保険証 3. 診察券(お持ちの方)  
◇ご来院時は、裏面の案内をご参照下さい。(照参考)

青梅市立総合病院・地域医療連携室 電話0428-22-3191(代)(内線5327)