

紹介先：公立阿伎留医療センター

紹介元

医院・病院
クリニック

科

先生

医師

住所

受診予定日時： 月 日 時 分頃 電話番号

FAX番号

保険証情報（FAXでも結構です。第二公費があればあわせてお願いします。）

| | | | |
|--------------|----------|---------|--------------------------|
| 保険証番号 | 本人・家族 | 公費負担者番号 | |
| 記号・番号 | | 公費受給者番号 | |
| ③ 一部負担金割合 | 1割・2割・3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：公立阿伎留医療センター FAX 042-550-5190

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〉

- FAXによる診療お申し込みは、事前に予約するためのもので、受診前日(月曜日受診は金曜日、祭日の翌日は受診は祭日の前日)の16時までにお送りくだされば、当該診療科受診の診察予約票をご連絡(15分程度)させていただきます。
 - 診察予約票と診療情報提供書は、患者様にお持ちください。
- *緊急診療を要する場合は、直接担当医・救急外来にご連絡をお願いいたします。

〈患者様へのご案内〉

- ご来院の際は、診療情報提供書と診察予約票、また、保険証及び医療証等は新患受付窓口にお出してください。
 - 次回の再来から診療の予約となった場合は、診察券で自動再来受付機(エスカレーター前に設置)を操作して再来順番の確認をしたうえで、受診する診療科のブロック受付に診察券を提出して、待合ホールでお待ちください。
(順番がまいりましたら呼びいたします。)
 - 予約でない再来の場合は、診察券で自動再来受付機(エスカレーター前に設置)を操作して順番をお取りのうえ、新患受付窓口にご提示ください。次に受診する診療科のブロック受付に診察券を提出して、待合ホールでお待ちください。
(順番がまいりましたら呼びいたします。)
 - 診療の都合によって、お待たせすることがございます。予めご了承ください。
 - ご指定いただきました医師が不在の場合は、別の医師が拝見させていただきますがご了承ください。
- *裏面の当院案内をご参照ください。

公立阿伎留医療センター・地域医療連携室

あきる野市引田78番地1 TEL 042-558-0321

| | | | | | |
|------|--------|-------|------------|-----|--------|
| 事務使用 | 総合相談端末 | 電子カルテ | 地域医療連携システム | リスト | 担当者サイン |
|------|--------|-------|------------|-----|--------|

