

診療予約申込書

可児とうのう病院

平成 年 月 日

科

先生

紹介元医療機関
の所在地、名称

電話番号

診療科、医師名

※診療情報提供書の事前FAXに
ご協力ください

第1希望日	年	月	日 ()	第2希望日	年	月	日 ()
-------	---	---	-------	-------	---	---	-------

ふりがな		男・女
患者様氏名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	
住所	〒	
電話番号		
携帯番号		

保険者番号		本人家族の別	本人・家族
記号・番号		公費負担者番号	
事業所名		公費受給者番号	

* 患者さんの同意のもと、上記にご記入のうえ、FAXしてください。折り返し、受診日のご案内を返信いたします。

記

可児とうのう病院へ受診される方へ（ご案内）

予約日時	予約科・医師
平成 年 月 日 ()	科
時 分	医師

- * 予約時間の 10 分前に、医療連携室（みどりの窓口）へお越しくください。
- * この用紙、診療情報提供書（紹介状）、保険証、医療費受給者証、当院の診察券（お持ちであれば）をご持参ください。
- * 指定医師が不在の場合は、他の医師が診察させていただく場合がございます。

FAX受付時間：平日 8:30~17:00
休 診 日：土・日曜日、祝祭日、年末年始

当日、休診日、時間外の予約はできません。

独立行政法人地域医療機能推進機構
可児とうのう病院 医療連携室

〒509-0206 可児市土田1221番地5
TEL 0574-25-3113(代表)
TEL 0574-25-3120(直通)
FAX 0574-28-6382(直通)