ＦＡＸ **03－3307－0013** 一般社団法人　至誠会第二病院　　地域医療連携室行

FAX 受付時間　月～金 9:00～15:00　土 9:00～11:30（第 1・3 土曜日、年末年始、日祭祝日は休診）

保険者番号		公費負担番号	
記号	番号	公費受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	有効期限	年　月　日
有効期限	年　月　日	負担割合	1割・2割・3割

【眼科】初診予約申込書（診療情報提供書）

記載日　　年　月　日

一般社団法人　至誠会第二病院　　眼科　行

紹介元医療機関名

住所
TEL
FAX

医師名　　印
(診療科　　科)

当院受診歴	無・有（　　年　　月頃）
当院 ID 番号	
初診希望日（月）～（金）	□　月　日（　） 9:00・10:00・11:00 （ご希望時刻に○を付けて下さい） □都合の悪い日・曜日等 （　　）

フリガナ		男・女	MTSH　年　月　日　才
患者氏名			
住所	〒　　-		自宅 TEL　（　） 携帯 TEL　（　）

病名または紹介目的
症状・治療経過（既往歴・家族歴・検査結果）
現在の処方
資料持参（有・無）　レントゲンフィルム・検査記録・その他（　　）