

FAX予約診療申込書

【FAX 0176-51-1375】

三沢市立三沢病院 地域医療連携室 宛

〒033-0022
 青森県三沢市大字三沢字堀口164番地65号
 TEL: 0176-53-2161(代表)・0176-50-1160(直通)

紹介元医療機関	医療機関名	
	住所	
	診療科/医師名	
	TEL	
	FAX	

希望の診療科に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内科・腫瘍内科	循環器内科	外科	整形外科	産婦人科	小児科	泌尿器科	皮膚科	眼科	形成外科	放射線科	歯科口腔外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	セカンドオピニオン	

予約第1希望日		<input type="checkbox"/>	月		日以降いつでも可(※月日必)
" 第2希望日		予約不能日:			
" 第3希望日					
紹介目的 (※歯科口腔外科希望のみ記入して下さい)		<input type="checkbox"/>	診療情報提供書は病院へ郵送します 発送日()		

※歯科口腔外科以外の診療科希望は、紹介状の添付をお願いします。

※患者情報	フリガナ			性別	
	氏名	(姓)	(名)	男・女	
	生年月日	昭・令 大・平	年 月 日	(歳)	
	住所	〒 (TEL: 固定/携帯) (予約日の連絡先)			
※保険情報	保険者番号		区分	本人・家族	
	記号・番号		被保険者名		
	公費等	市町村・負担者番号			
		受給者番号			
資格取得日		負担割合	割		

※カルテまたは保険証のコピー貼付可能です。

令和8年3月改訂

※16時以降のお申し込みについては、翌日回答となる場合がありますのでご了承ください。

誤送信の際は廃棄処分をお願いいたします。