|  |
| --- |
| (FAX送信用) |

|  |
| --- |
| FAX番号：0278-23-2157 |

**診療予約申込書**

　　令和　　年　　月　　日

※現在対応可能な科は常勤医師のいる下記記載の科のみとさせていただきます。

|  |
| --- |
| 紹介元医療機関名 |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 医師氏名 |  |

紹介先：国立病院機構 沼田病院

＊希望する診療科に○をつけてください。

診療科：　内　科・循環器科・外　科

整形外科・小 児 科

　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診希望日 | 第一希望日： | 　　　月　　　日（　　） |
| 第二希望日： | 　　　月　　　日（　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　名 |  |
| 症　　状 |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人･家族 | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  | 受給者番号 |  |

＊保険証のコピーをFAXしていただいても構いません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 男・女 |
| 患者氏名 |  | 　　年　　月　　日(　 　) |
| 住　　所 | 市 | 町 |  | 電話番号 |
| 郡 | 村 |  | （　 　） |

【診療予約通知書】

＊下記のとおり予約をおとりしました。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療予約 | 　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 診 療 科 |  | 担当医師 |  |
| 連絡事項 |  |

※来院されましたら、外来窓口でお受けしますので**「健康保険証」「診療情報提供書(紹介状)」**及び

　この**「診療予約通知書」**を添えてお申しつけください。

◇診察の都合によってはお待たせする場合があります。

◇指定された医師が救急等で診察できない場合は、他の専門医が診察させていただくことがあります。

＊不明な点がありましたら下記へお問い合せください。

独立行政法人国立病院機構　沼田病院（〒378-0051 群馬県沼田市上原町1551-4）

担当：地域医療連携室

　　　　　　　　　　　　　TEL：0278-23-3972 ／ FAX：0278-23-2157　　　　　　　令和5年9月