

診療予約申込書 (FAX専用)

FAX送信先：025-534-6851

(独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター 地域医療連携室直通)

年 月 日

紹介元医療機関	紹介先診療科・医師・希望日
機関、名称 および住所	さいがた医療センター 科 医師
医師名	紹介目的
電話番号	傷病名
FAX番号	受診希望日 年 月 日
備考 (細かな指示がある場合記入)	

【受診される方】

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 電話番号	年 月 日 (才)
現住所				
患者ID	無・有 (NO)			

保険証 (コピーを FAX しても構いません)

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費負担者番号		受給者番号		

【ご案内】

- * 診療予約受付時間は午前8時30分～午後5時00分までの間にお願いします。
- * 本申込書受理後迅速に予約日時を決定し別紙「診療予約通知書」にて返送致します。
- * 来院の際は患者さまに「診療予約通知書」「貴院の診療情報提供書」「その他の資料 (画像・検査結果等)」をおもちいただけるようにご配慮をお願いします。
- * ご不明な点は地域医療連携室までご連絡ください。

- ・地域医療連携室直通電話 025-534-6735
- ・さいがた医療センター代表 025-534-3131