

地域医療機能推進機構 玉造病院 栄養指導予約FAX用紙

紹介医療機関名称	医師名	TEL FAX
----------	-----	------------

受診希望日

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

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

第3希望	年	月	日	()
------	---	---	---	-----

患者基本情報(必ずフリガナをご記入下さい)

フリガナ		男・女	旧姓	生年月日	T	S	H	R	当日受診歴	有・無
患者氏名					年	月	日			
電話番号	(☎)			(☎)						
患者住所	(〒)									

被保険者証

保険者番号		資格取得年月日・期限	
記号・番号		本人・家族(被保険者氏名)	()
負担割合	1割	2割	3割

公費負担医療受給者証

公費負担者番号		
受給者番号		有効期限

折り返し、予約票をFAX致します。患者さまに紹介状・予約票をお渡し下さい。
受診当日は2番受付にお越し下さい。

地域医療機能推進機構(JCHO) 玉造病院
地域医療連携室 TEL0852-62-1591 FAX0852-62-1579