

HITO 病院予約申込書

HITO 病院
地域連携室 行き

平成 年 月 日

FAX : (0896)58-5350

紹介医療機関名
住所
電話番号
FAX番号
医師氏名

⑩

フリガナ	男 ・ 女	生年月日
患者氏名		暁・疋 鞠・穉 年 月 日生(歳)
住 所		
TEL() -		
受診診療科		
希望医師		
緊急性	緊急性 有 ・ 無	
主症状		
紹介目的		
紹介状を添付いた いても結構です		
希 望 日 時	第一希望 年 月 日午前 時頃	第二希望 年 月 日午前 時頃

事前にカルテを作成しますので、記入をお願いします。保険証等の写しでもかまいません。

被保険者氏名		保険者番号							
記号・番号	.	続柄	本人 ・ 家族						
事業所又は保険者名									
公費等記号番号	.								割
保険適応外： 妊娠 ・ 交通事故 ・ 労災 ・ その他 ()									

※FAXの受付時間は8時30分～17時00分です。(時間外の緊急の場合は電話でご連絡ください)

<お問い合わせ先>

HITO 病院 サポートセンター TEL : (0896) 29-5320 FAX : (0896)-58-5350