

FAX (0859) 29-8020

博愛こども発達・在宅支援クリニック 紹介患者連絡票

受診希望日	第1希望日	年	月	日
	第2希望日	年	月	日

フリガナ			S・H・R	性別
氏名			月 日生 ( 歳)	男・女
住所	〒		TEL (	当院受診歴 有・無
保険情報 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
保険者番号			資格取得	年 月
記号・番号	.		有効期限	年 月
被保険者 (世帯主)				
公費	負担者番号		資格取得	年 月
	受給者番号		有効期限	年 月
年 月 日				
病院・診療所名				
施設名				
TEL				
医師氏名				
FAX				
(診療時間)			連絡先	
(月・火・木・金) 午前9時~12時/午後4時~5時30分			博愛こども発達・在宅支援クリニック	
(水) 午前9時~12時 (第2土) 午前9時~午後1時			TEL (0859) 29-8010	
休診日: 日曜日・祝日及び年末年始(12月29日~1月3日)			FAX (0859) 29-8020	

※本書を受信、手続き後に「予約票」をFAX致します。患者様にお渡してください。  
 ※時間外・夜間・休日の予約手続きは翌平日となりますので、ご了承ください。  
 ※日曜日・祝祭日・年末年始の受付は出来ません。