

新患予約 申込書

患者 情報	受診歴	当院を受診したことがありますか？ なし・あり（診察券番号 _____）			
	ふりがな 氏名	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳	
	住所	〒	自宅電話番号 (_____)	—	—
			F A X 番号 (_____)	—	—
			携帯電話番号 (_____)	—	—
現在の症状					
希望診療科		受診希望日	第1希望日	令和 年 月 日	
			第2希望日	令和 年 月 日	
<p>※ 医療機関より申し込みの場合は、医療機関名のご記入をお願いいたします。</p> <p>医療機関名： _____ 電話番号： _____ FAX番号： _____ 送信者： _____</p> <p style="text-align: center;">申込書FAX送信後、返信が無い場合は、ご一報ください。</p>					

【当院記入欄】

受診決定日	令和 年 月 日 時 分
-------	--------------

受診当日は、紹介状・マイナンバーカード（保険証）、お薬手帳をお持ちになり、本館1階総合受付へお越してください。

紹介状をお持ちでない場合、診療費とは別に選定療養費7,700円（税込）をご負担いただきます。

（注）予約時間は診療時間ではございません。待ち時間はご了承ください。

812-0033 福岡市博多区大博町1-8

医療法人 原三信病院 予約センター（土・日・祝日 休み）

電話 092-291-3152（直通）

FAX番号 092-291-3397