

平成 年 月 日

西眼科病院	
診察予約依頼用 FAX用紙 (医療機関用)	
FAX番号: 06-6981-0891	

貴医療機関名		医師名	先生
TEL		FAX	
所在地			
希望日時	第一希望:	月 日 曜日	午前・午後
	第二希望:	月 日 曜日	午前・午後
希望医師			
今までに西眼科病院を受診したことが 有る ・ ない			
紹介目的			

フリガナ			性別	被保険者	続柄
受診者 氏名	[姓]	[名]	男・女		本人・家族
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 [才]				
ご住所	(〒 -)				
保 険 者	[記号]			[番号]	
				公 費	
資格取得年月日	年 月 日				

医療受給者証一部負担金割合 ※【1割 2割 3割 助成】

※待ち時間短縮のため事前登録を行っております。お手数ですが、健康保険証、医療証があればFAXしてください。FAXして頂いた場合は、上記欄の記載は結構です。

上記ご予約の通知書は、その日の内に返信致しますが、処理上少しお時間がかかることをご了承ください。お急ぎの時や、予約通知書の返信がない時はお手数ですが、お電話にてお問い合わせいただければ幸いです。宜しくお願いいたします。

休診日 土・日・祝祭日・木曜午後

医療法人 仁志会 西眼科病院 TEL: 06-6981-1132