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　　ある　・　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・令　　年　　月　　日生　［　　才］					
ご住所	（〒　　－　　） 自宅 TEL　　（　　） 携帯 TEL　　（　　）					
保険者	［記号］	［番号］	［枝番］	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

医療法人 仁志会　西眼科病院　　ＴＥＬ：０６－６９８１－１１３２