

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・令 年 月 日生 [才]				
ご住所	(〒 - )		自宅 TEL ( )	携帯 TEL ( )	
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