

☐ 紹介初診予約  
☐ 開放病床利用

連絡票

令和    年    月    日

診療予約申込書 FAX送付票  
TEL : 053-435-2637  
FAX : 053-435-2849

第1受診希望日:令和    年    月    日 (    )    午前・午後

第2受診希望日:令和    年    月    日 (    )    午前・午後

ご希望診療科  
又は診療グループ名

ご希望医師名

医師

●患者情報

フリガナ

患者氏名

(    )旧姓がありましたらご記入ください。

様

生    年    月    日

大・昭・平・令    年    月    日生

性別

男女

住    所    〒    -    -

日中に連絡が取れる連絡先をご記入願います→ TEL (    )    -

◎既に浜松医科大学医学部附属病院での受診歴がある。    ⇒    ○を付けてください。(はい・いいえ)

当院の診察券をお持ちの場合は、診察券番号をお知らせください。

診察券番号 : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎外国の方の予約について、ご記入ください。

日本に( 在住・訪日 )    日本語( 話せる・話せない )    通訳同行( 有・無 )

※受診時に在留カードおよびパスポートを持参くださるよう、お伝えください。

◎当院の受診が初めての患者さん及び受診歴はあるが診察券番号が不明の患者さんにつきましては、  
下記の「保険情報」にご記入ください。

【保険情報】

保 険 者 番 号		保 険 者 番 号	
記 号・番 号		記 号・番 号	
資格取得年月	年    月    日	有 効 期 限	~
有効期限	年    月    日		
被保険者氏名	(本人・家族)	その他	無保険 / 労災 / 通災
一部負担金の割合	割	の方は該当に○を入れてください。	

【公費負担医療受給者証】

保 険 者 番 号		保 険 者 番 号	
記 号・番 号		記 号・番 号	
資格取得年月	年    月    日	有 効 期 限	~
有効期限	年    月    日		
被保険者氏名	(本人・家族)	その他	無保険 / 労災 / 通災
一部負担金の割合	割	の方は該当に○を入れてください。	

紹介医療機関名

医師氏名

所    在    地

電話・  
FAX番号

備考

ご本人(家族)より直接予約取りの連絡がある場合は、右記の□にレ点をお願いいたします。

☐

緊急入院の必要な場合は、前もって担当医へご連絡いただきますようお願いします。