

三原市医師会病院 診療予約申込書 (FAX番号 0848-62-7505)

送信日 年 月 日

三原市医師会病院
地域医療連携室 行

※お手数ですが本書・診療情報提供書を
FAXいただき、電話連絡をお願いします。
TEL：0848-62-3113（代）
※FAXが混線している場合、ご連絡ください。

紹介元医療機関

医療機関名	
所在地	
医師氏名	
担当者名	
T E L	
F A X	

・診療希望

診療科	科	担当医連絡 ☐ 無 ☐ 有： 医師
第1希望日	月 日 ()	【備考】
第2希望日	月 日 ()	
その他	☐ いつでも可 ☐ ご都合の悪い日 ()	
患者さんは	☐ お返事待ちで在院中です ☐ 帰宅されています ☐ 入院中です	

・患者情報

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和
氏 名			年 月 日 歳
	☐ 男 ☐ 女		
現住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	

・保険情報

(被保険者証)

保険者番号	
記 号	
番 号	
有効期限	～
被保険者氏名	
患者負担割合	割

(公費負担医療受給者証／票)

公費負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～
公費負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～

※保険情報のコピーをFAXいただいても結構です。

・連絡事項

--

緊急時・当日入院等の場合は、事前に担当医へ連絡をお願いいたします。

令和8年6月