

初診受付FAX用紙

(初診患者さんをご紹介頂く際にご利用下さい。)

ご紹介ありがとうございます。

予約のFAXをお送りいただくと、折り返し当院よりご紹介確認のご連絡を差し上げます。併せて、患者さんに直接来院日などの確認をさせていただきます。

尚、診療情報提供書は当日患者さんが持参されるようご案内ください。

林眼科病院

フリガナ 患者さんのお名前	M・T・S・H 年 月 日 生	受診希望日	月 日
日中の連絡先	※携帯電話番号などご記入下さい。		
傷病名	紹介目的	手術予約・受診	
貴院名・ご連絡先	※折り返し、電話またはFAXで確認のご連絡をいたします。		

FAX 番号: 092-482-3222

Fax, お問い合わせ受付時間 : 月~金 午前10時~午後5時

*** 受付は24時間可能ですが、17時以降の受信は翌日の対応になります。**

お問い合わせ先 : 〒812-0011 福岡市博多区博多駅前4丁目23番35号

TEL: 092-431-1680 担当 八尋

* 当院受付での待ち時間短縮のため、患者さんが来院される前にカルテを作成いたします。差し支えなければ、保険の記号番号及び患者氏名、フリガナ、生年月日、住所等をお知らせ下さい。

保険種別		負担割合	割
------	--	------	---

公費負担者番号							
公費負担医療の 受給者番号							

保険者番号							
被保険者証の 記号・番号							

受診者	フリガナ		有効期限	平成	年	月	日
	氏名		被保険者氏名				
	生年月日	明治 昭和 大正 平成	資格取得	昭和・平成	年	月	日
	住所	〒	事業所 (船舶所有者)	所在地	電話		
	職業		被保険者 との続柄	名称			
			所在地	電話			
			名称				