

# 初診受付FAX用紙

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、当院より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。患者さんの日中繋がる電話番号をご確認いただけますと幸いです。診察予約日が決まりましたら、貴院へご連絡を差し上げます。尚、診療情報提供書は当日患者さんがご持参されるようご案内ください。

受診者	フリガナ		生年 月日	大正	年	月	日
	受診者			昭和			
TEL		( )	—				

貴院名						
	FAX	( )	—	TEL	—	
診断名						
医師指定	ご希望がある場合はご記入下さい			受診希望日	月	日
	先生					

できましたら下記に保険証の記号番号等をご記入、またはコピーを添付下さい。事前にご紹介患者様のカルテを作成いたします。

保険種別	負担割合				割						
公費負担者番号					保険者番号						
公費負担医療の受給者番号					被保険者証の記号・番号						

**FAX番号 092-482-3222**

**電話番号 092-431-1680**

**お問い合わせ受付時間： 月～金 午前9時～午後5時 土：午前9時～12時30分**

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

**お問い合わせ先：医療法人社団 研英会 林眼科病院**

**〒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：篠原**