

保険者番号										公費負担者番号								
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号										受給者番号								
被保険者との続柄（本人・家族）																		

外来紹介診療予約申込用紙

送信先： 新潟医療生活協同組合木戸病院 地域医療連携室

TEL：025-256-6700

FAX：025-256-6710

紹介元医療機関：

医師名：

先生

TEL：

FAX：

フリガナ			男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名			女		年 月 日 (歳)
住所	〒 —				TEL ()
当院受診歴	有 ・ 無			カルテNo	

診察希望

希望診療科・希望医師	科	医師
予約希望日	年 月 日 ()	
予約調整を行ないますが、ご希望通りにいかない場合もありますので予めご了承ください。		
依頼内容	※紹介状を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。	

* 上記内容をご記入後、この用紙と紹介状のコピーをFAXにてお送り下さい。
受信後折り返し、外来受診予約連絡票をお送り致します。