めまい外来 予約申込書

| | | | | | | | | | | | | 令和 | 年 | J | 目 日 |
|------|--------------|-------|-----|-----|------|------|-------|----|------|------|------|--------|-------|-------|-----|
| 津利 | 野共 | 存病院 | 完 地 | 也域[| 医療連携 | 隽課 努 | 宛 | (F | 4Χ (| 0856 | 6-7 | 72-403 | 9) | | |
| 貴防 | 貴院医療機関の名称: | | | | | | | | | | | | | | |
| 電記 | 話番号: FAX: | | | | | | | | | | | | | | |
| 先生 | このお | 名前: | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | - | | | | | | | | | 性另 | IJ | | 生 年 | 月日 | |
| 氏名 | | | | | | | | | Ē | 男 • | 女 | | 年 | 月 | 日 |
| 現住所 | ∓(| | _ | |) | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | ; | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 保険番号 | | | | | 記号·番号 | | | | | | | | |
| 主保険 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併用保险 | È | 負担者番号 | | | | | 5 | 者番 | 号 | | 給付割合 | | | 口併用なし | |
| 1 | | | | | | | | | | | | O割•1 | 割・2割・ | 3割 | |
| 2 | | | | | | | | | | | | (| |) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

- ※津和野共存病院 めまい外来は毎月1回あります 診療日はお問い合わせください
- ※予約日の変更等、予約調整が必要となる場合はこちらからお電話させていただきます。
- ※本書をFAXされる前に右記へご連絡ください。 連携課直通 (0856)72-4033