

当院外来予約ご希望の方は電話連絡のうえ、本用紙をお送りください

新発田リハビリテーション病院 外来予約申込書(FAX)

※FAX受付時間 8:45~17:30(月~金/祝祭日を除く)

送信先	医療法人 愛広会 新発田リハビリテーション病院 地域連携部
	TEL: 0254-21-0076(専用) FAX: 0254-38-0048(専用)

紹介元 (紹介元医療機関)	病院・医院	科
	医師名	
	TEL:	FAX:
	紹介元ご担当者様氏名:	

予約希望日	西暦	年	月	日()
希望診療科	内科 ・ 漢方内科 ・ リハビリテーション科			
診療形態	診察 ・ 外来リハビリ			
希望医師	医師			
受診歴	有(科) ・ 無(不明)			

カンジャンメイ 患者氏名	男 ・ 女		
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日 満 歳
住所	〒		
電話番号			
緊急時連絡先			
保険者番号		記号・番号	
公費負担番号		受給者番号	
負担割合	1・2・3・生保	被保険者	本人・家族
要介護認定	有(要支援 ・ 要介護) ・ 無		

以下の注意点につきまして予めご了承くださいますようお願いいたします

注1)	当日のFAX予約はできません。 当日をご希望の方は直接外来までお電話下さい。
注2)	予約の際は、診療情報提供書の添付をお願い致します。
注3)	外来リハビリをご希望の方で、介護保険によるリハビリ(デイケア等)をご利用されている方は医療保険との併用ができない場合がございます。
注4)	医療保険でリハビリを受けるときは対象となる疾患やリハビリを受けられる期限が決まっていますので、ご希望に添えない場合もございます。
注5)	ご依頼後、当日から翌日中(休日を挟む場合は休み明け)にお返事を申し上げます。