

## 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 9:30 ~ 11:00

送信先	医療法人 愛広会 新発田リハビリテーション病院 外来予約センター 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)	

<small>カンジャンメイ</small> 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		

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出来ない場合がございます。

また、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。

予めご了承下さい。

注4) ご依頼後、概ね30分以内にお返事をさせていただきますが、外来リハビリは医師へ確認の後にお返事させていただきます。その際はお電話でご連絡を致します。