

事前予約申込書

市立青梅総合医療センター 医療機関名

住 所

診療科

電 話

医師名

医師名

予約担当者(部署・氏名)

受診予約 日 時	月 日 ()	時 分
-------------	---------	-----

患 者 情 報	フリガナ		性別	生 年 月 日	□大正 □昭和 □平成 □令和
	氏名		□男 □女		年 月 日(歳)
	住所	〒 -			
	電話	自宅	携帯		
	受診歴	□ 有 市立青梅総合医療センター患者 ID : □ 無 □ 不明			
保 険 情 報	保険者番号		被保険者氏名		
	記号・番号		本人・家族		
	資格取得年月日		公 費	負担者番号	
	有効期限			受給者番号	

ご予約の流れ

- 1 地域医療連携室にお電話いただき、ご希望の診療科、日時をお伝えください。
- 2 事前予約申込書をFAXでお送りください。

	番 号	受付時間
TEL	0428(22)3191	平日 8時30分～17時00分
FAX	0428(25)1854	24時間(土日、祝日も含む)

ご 注 意

- ・受付時間外、土日、祝日にFAXをお送りいただいた場合、翌日または休み明けに、患者さん、貴院に当院よりご連絡させていただきます。
- ・患者さんの旧姓・旧住所の確認のため、ご連絡させていただくことがございます。
- ・診療情報提供書は、貴院の書式をご利用いただいても差し支えありません
- ・用紙4枚目の受診案内は、氏名、予約時間等をご記入いただき、患者さんのお控えなどにご利用ください。
- ・保険情報は上記、保険情報欄にご記入いただくか、保険証のコピーをFAXしてください。第二公費をお持ちの場合は医療券のコピーもFAXしてください。