

紹介先医療機関名  
医療法人 康 倭 会  
しらかわ診療所  
群馬消化器内視鏡医療センター

# 診察申込書

平成 年 月 日

紹介元医療機関の  
名称及び所在地  
電 話 番 号

先生

受診希望日 第1希望 月 日 午前・午後 F A X  
第2希望 月 日 午前・午後 医師氏名 \_\_\_\_\_

しらかわ診療所受診歴(有・無)

(保険証のコピーをFAXでも可)

保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	本人	公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
記号・番号	<input type="text"/>							家族	受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

健康保険外〔 自賠・労災・公災・その他( ) 〕

フリガナ			明・大・昭・平	
患者氏名	生年月日	年	月	日(才)
住 所	〒 -	番		
TEL	( )			
今回 ご 依 頼 は	入院・診察・診察と検査( )・治療			
	検査のみ	内視鏡・CT・ECHO その他の検査( )		

## (予約通知書)

下記のとおり診察予約をおとりいたしました。

診察検査予約日 年 月 日( ) 時

診 察 科 科

担当医師 \_\_\_\_\_

\* 来院の際は、受付でお受けいたしますので紹介状・健康保険証及びこの「予約通知書」を添えて申しつけ下さい。

### 事前予約受付時間

平 日 午前8時30分～午後6時00分  
土 曜 日 午前8時30分～12時00分

### 診 察 時 間

平 日 午前9時00分～12時00分 午後2時30分～6時00分  
土 曜 日 午前9時00分～12時00分

### 休 診 日

土曜日午後、日曜日、祝祭日

\* 不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

医療法人 康 倭 会 しらかわ診療所 群馬消化器内視鏡医療センター  
TEL 027-260-1116 FAX 027-233-6300