

高岡市民病院初診予約申込書

※ 当院記入欄	
ID	

地域医療部 FAX 0766-23-0237

予約申込日
年 月 日

受診希望科	科	医師
受診希望日	月 日 ()	

〈ご紹介施設様〉

紹介元医療機関名	所在地	〒	
医師氏名	TEL	FAX	

〈患者様情報〉カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願いいたします。※保険証のコピーでも結構です。

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費負担受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	資格取得	年 月 日
フリガナ		性別	大・昭・平・令
患者氏名	様	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒	TEL	

紹介目的

申し込み受付時間

月～金曜日 8:30～16:30

※初診予約申込書又は紹介状をFaxし、時間を決めるため地域医療部にお電話ください。

※お申し込みは、受診希望日の前日までにお願いします。

※土・日曜日のCT検査のお申し込みは、検査施行日前の水曜日までにお願いします。

高岡市民病院地域医療部
 TEL 0766-23-0204 (代表)
 TEL 0766-29-0367 (予約専用)
 FAX 0766-23-0237 (直通)