

診療情報提供書と一緒にFAX送付下さい。
確認後、予約票をFAX送付致します。

郷和入院相談 受付票

年 月 日

医療機関名	予約票送付先 (FAX番号)
記入者	
患者 氏名	男・女 生年月日 年 月 日
住所	TEL
連絡 先	続柄 TEL

入院相談希望日 希望時間枠に○をつけてください。

①	月 日 ()	1 4 時～	・	1 5 時～
②	月 日 ()	1 4 時～	・	1 5 時～
③	月 日 ()	1 4 時～	・	1 5 時～

※予約枠が埋まっていることもありますので、複数の希望でご記入ください。

< 医療保険等について >

< 医療保険 >
<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護
< 医療助成制度の活用状況等 >
<input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (更生 ・ 育成 ・ 精神)
<input type="checkbox"/> その他 ()

< 入院相談当日について > ※ 来院される方へお伝えください。

相談時間の15分前に**南部郷厚生病院 1階受付**にお越し下さい。

受付をしてから郷和へ移動し、お話しを伺います。

保険証等をお持ち下さい。

相談料は3160円(税込)となります。

南部郷厚生病院 地域連携室

TEL : 0250-58-6111

FAX : 0250-58-8788