

初診受付ファックス

フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 (歳 ヶ月)	性別	男・女
お名前					
ご住所	〒 -		TEL 自宅 () TEL 携帯 () FAX ()		

保険証（各種医療券）から転記願います。保険証情報記載例（リンク）をご参考下さい。

主 保 険	保険者番号		記号・番号	記号	番号
	資格取得日		有効期限		
	被保険者との続柄	本人・家族			
公 費	公費負担者番号		公費負担医療の 受給者番号		
	資格取得日		有効期限		
	後期高齢者・高齢 受給者証の割合	1割・2割・3割	右記該当の場合	交通事故・勤務中・通勤中	

過去に受診されたことが有る場合

診察券番号（8桁）	
-----------	--

ご来院予定日時	月 日 () 時ごろ
---------	-------------

『初診受付ファックス』と『診療申込書』をご記入の上、当院まで **FAX (03-5378-5836)** に
受診予定日の前日までにお送りください。受診当日は保険証及び各種医療券を受付にご提出願います。

ご注意 電話 email にての受付はいたしておりません。

この申し込み書は、初診受付におけるカルテ作成等の手続きによる患者様の待ち時間を短縮
するためのものです。また、診察予約を行うものではありません。

FAXのため、わかりづらい場合は都合よくご準備ができないこともあります。最善をつくし、
可能な限りご用意する所存ですが、FAXの状態により都合よくご準備ができないときも、あ
りますのでご了承願います。

日の変更及びキャンセルが発生した際は、速やかに下記番号までご連絡願います。

患者さまの元気のために 〒166-0003
新高円寺駅前 東京都杉並区高円寺南2-16-13
クリニック エルニド1F
電話 03-5378-5830
ホームページ: www.skeclinic.jp