

# 診察予約申込書

令和 年 月 日

独立行政法人 西埼玉中央病院  
国立病院機構

所在地

紹介診療科に○をしてください

医療機関名

代謝内分泌内科・消化器内科・循環器内科  
一般内科・小児科・外科・整形外科  
脳神経外科・泌尿器科・産婦人科・眼科  
放射線科

TEL

FAX

### 医師

担当科

※緊急の場合は、当該診療科医師に直接ご連絡下さい。  
※宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入下さい。

医師氏名

第1希望日 月 日

・西埼玉中央病院受診歴 (有・無) 年 月 頃

第2希望日 月 日

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			
年 月 日から 年 月 日まで				被保険者との続柄 (本人 家族)			
フリガナ				有効期限 年 月 日			
患者氏名				患者負担割合 割			
住所 〒				明・大・昭・平・令 男・女			
TEL ( )				生年月日 年 月 日 ( 歳)			
紹介目的							

※ FAX 受付時間 月～金曜日 8:30～17:00

※ 受付時間外の申込み分は、翌診療日に処理させていただきますのでご了承下さい。

※ 申込み日当日のご予約は、午前10時までのFAXとさせていただきます。

診療受付時間

休診日

初診受付 平日 午前8時30分～11時00分

土、日曜日、祝日  
年末年始(12月29日～1月3日)

※ご不明な点などございましたら、下記へお問い合わせください。

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院

TEL 04-2948-1111 (代表)  
FAX 04-2948-2118 (地域医療連携室)

# 紹介状・診療情報提供書

令和 年 月 日

独立行政法人 西埼玉中央病院  
国立病院機構

所在地

紹介診療科に○をしてください

医療機関名

代謝内分泌内科・消化器内科・循環器内科  
一般内科・小児科・外科・整形外科  
脳神経外科・泌尿器科・産婦人科・眼科  
放射線科

TEL

FAX

## 医師

担当科

※緊急の場合は、当該診療科医師に直接ご連絡下さい。  
※宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入下さい。

医師氏名

第1希望日 月 日

・西埼玉中央病院受診歴 (有・無) 年 月 頃

第2希望日 月 日

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
年 月 日から 年 月 日まで		被保険者との続柄	( 本人 家族 )
		有効期限	年 月 日
		患者負担割合	割
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日( 歳) 男・女
患者氏名			
住所	〒		TEL ( )
紹介目的			
症状経過及び検査結果 治療経過など をお書き下さい			
現在の処方			

# 紹介状・診療情報提供書

令和 年 月 日

独立行政法人 西埼玉中央病院  
国立病院機構

所在地

紹介診療科に○をしてください

医療機関名

代謝内分泌内科・消化器内科・循環器内科  
一般内科・小児科・外科・整形外科  
脳神経外科・泌尿器科・産婦人科・眼科  
放射線科

TEL

FAX

## 医師

担当科

※緊急の場合は、当該診療科医師に直接ご連絡下さい。  
※宛先の医師名が不明の場合は、科のみご記入下さい。

医師氏名

第1希望日 月 日

・西埼玉中央病院受診歴 (有・無) 年 月頃

第2希望日 月 日

公費負担者番号		被保険者番号		被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号	
公費負担医療の 受給者番号		被保険者との続柄		( 本人 家族 )	
年 月 日から 年 月 日まで		有効期限		年 月 日	
フリガナ		患者負担割合		割	
患者氏名		生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日( 歳) 男・女	
住所		〒		TEL ( )	
紹介目的					
症状経過及び 検査結果 治療経過など をお書き下さい					
現在の処方					