

済生会新潟病院 診療支援室 書類担当 宛

TEL:025-233-6161(代)
FAX:025-233-8880

面談申込書(保険会社専用)

申込者	会社名										
	所属・役職										
	氏名										
	連絡先										
	面談希望日時	※ 医師の予定が合わない場合は、こちらからご提示いたします									
		第一希望	第二希望	第三希望							
平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分		平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分								
申込先	診療科										
	医師名										
対象患者	(ふりがな)氏名										
	住所	〒									
	生年月日	M	・	T	・	S	・	H	年	月	日
	対象期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日									
	同意書の有無	有 ・ 無 同意書を当日ご持参いただけない場合は面談できません									
質問内容をあらかじめ 列記してください	①										
	②										
	③										
	④										
	⑤										
確認欄(病院記入)	医師への連絡	カルテの準備	保険会社への 連絡	担当者	備考	備考					
		外来 ・ 入院									