

診療予約申込書

専用FAX 029-233-9916

専用電話 029-233-9937

申込受付時間：平日8時30分～17時 土曜日8時30分～12時30分

お申込日 平成 年 月 日

希望科 _____ 科

希望担当医 _____ 先生

紹介元医療機関名	
ご担当医名	
〒 _____	
住所 _____	
電話 _____	FAX _____

受診希望日

第1希望日 年 月 日 () 第2希望日 年 月 日 ()

都合の悪い日

年 月 日 () 年 月 日 ()

予約通知

至急 本日で

受診当日の状況

通院中 入院中⇒入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参願います。

フリガナ		男・女	明・大・昭・平
患者氏名	様		年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____	電話番号	自宅
			携帯

紹介目的(病名、経過等)

時間外、休診日のFAX送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、休み明けになります。

(休診日:日曜日、祝祭日)