総合病院　水戸協同病院　地域医療連携室

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　　年　月　日

紹介元医療機関名	
ご担当医名	
住所	〒
電話	FAX

希望科　　科

希望担当医　　先生

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　□本日中

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)