

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・祝日開院日
8時30分～17時

お申込日 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			大・昭・平・令
患者氏名	様	男・女	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:土曜日、日曜日、祝祭日(祝日開院日は除く)
年末年始(12月29日～1月3日)