

受診予約申込書



FAX: 098-886-5502
TEL: 098-884-5134

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

※お申し込みは、医療機関からのみ可能です。

該当する口にチェックを入れて下さい → 当日診察申込
 初診予約申込

ご紹介元 医療機関名		申込 担当者 名	
TEL	— —	FAX	— —

受診を希望する診療科等に○を付けて下さい。

診療科	<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	※小児科
	<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	産婦人科
	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	泌尿器	<input type="checkbox"/>	眼科
	<input type="checkbox"/>	内分泌代謝・糖尿病内科	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	形成外科
	<input type="checkbox"/>	腎臓・リウマチ内科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科
	<input type="checkbox"/>	血液内科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	放射線科
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	

※小児科の受診調整につきましては、
 ・当日申込 → 小児科外来 (代表)884-5111 にて対応しています。
 ・初診予約 → 連携室 (直通)884-5134

診察 希望医師	有 (<u>医師名</u>) 医師) ・ 無
------------	---------------------------

受診歴	有 ID (診察券の番号) が分かる場合 () 無 不明
フリガナ	性 別 男性 ・ 女性
氏 名	旧姓 () 生年月日 T S H R 年 月 日 () 歳
住 所	〒 —
連絡先	自宅 — — 携帯 — —
受診希望日	第1: R 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 早めの受診を希望 第2: R 年 月 日 () (医師判断 ・ 本人希望) 第3: R 年 月 日 ()
備考	<input type="checkbox"/> 本人と直接調整希望 (有り ・ 無し) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()

※本紙と「診療情報提供書」「事前確認シート」を一緒にFAX送信願います。
 ※【初診予約の場合】 外来予約日決定後、FAXで予約票をお送り致します。