

診療予約申込書

FAX 送信先: 052-991-3544 (24 時間受付) 総合上飯田第一病院 (予約センター) 行

※時間外、休日の受付分はお返事が後日となります

申込年月日 : 年 月 日

(紹介元医療機関にて記入)

紹介元

医療機関名

診療科 _____ 科

医師名 _____

電話 _____

FAX _____

フリガナ		性別	旧姓(当院受診のある方)
氏名		男 女	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	当院受診歴 (有 ・ 無)	
住所	〒 _____		
電話	携帯 _____	自宅 _____	

診断名 又は 症状	<input type="checkbox"/> 情報提供書添付あり ・ 情報提供書がない場合記入をお願いいたします。
-----------------	---

診療科・診察日は外来担当表をご確認ください。ホームページでもご確認ください。

希望診療科名 _____ 科	希望医師 (無・有) _____ 医師
受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし
<input type="checkbox"/> 希望あり	第1希望 _____ 年 月 日 () 第2希望 _____ 年 月 日 () 第3希望 _____ 年 月 日 ()

午後 4:30 以降の受付分は翌日に、金曜日・祝日前日の午後 4:30 以降および土・日・祝日受付分は翌診療日に回答させていただきます。

※この度はご紹介頂き、誠にありがとうございます。予約日が確定次第、「外来予約受付のご案内」をお送りいたします。

※なお、眼科診察予約・検査予約は電話予約のみの対応となります。ご理解、ご協力をお願いいたします。

できる限り患者さまをお待たせせず、予約がとれるよう努めてまいります。

社会医療法人 愛生会

総合上飯田第一病院

地域包括サポートセンター 予約センター

TEL 052-991-3560

総合上飯田第一病院使用欄	<input type="checkbox"/> 調整済	<input type="checkbox"/> 予約表 FAX 済
予約日時	年 月 日 ()	

