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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科 　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性別 | 旧姓(当院受診歴のある方) |
| 氏名 |  | 男女 |  |
| 生年月日 | 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 | □情報提供書添付あり　・情報提供書がない場合記入お願いいたします。 |

診療科・診察日は外来担当表をご確認ください。ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞでもご確認いただけます。

|  |  |
| --- | --- |
| 　希望診療科名　　　　　　　　　　　　　科 | 希望医師　　（無　・　有)　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 　受診希望日 　　　　　　　□　希望なし　　 |
| □希望あり | 第1希望第2希望第3希望 | 年　　　　　月　　　　　日　　(　　　）年　　　　　月　　　　　日　　(　　　）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。予約日時が確定し次第、「外来予約受付のご案内」 をお送りいたします。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。

※なお、眼科診察予約・検査予約は電話のみの対応となります。ご理解、ご協力お願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 総合上飯田第一病院使用欄　　 □調整済 | □予約表FAX済 |
| 予約日時　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日　　　（　　　　） |



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