

診察等事前予約申込書

FAX 0771 - 72 - 0505

*受付時間は平日（月～金）の9：00～17：00となっています
17：00以降及び土・日・祝の連絡は後日となります

●受診（検査）内容

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診療	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 検査・画像診断		
	診療科・希望医師名 科		検査名・部位等 医師		
【傷病名・症状等】		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照			
希望日時	<input type="checkbox"/> 希望あり・なし <input type="checkbox"/> 都合の悪い日()				
	第一希望	月	日(曜日)	時	分
	第二希望	月	日(曜日)	時	分

●紹介元医療機関情報

医療機関名		ご担当者名	
ご住所	〒　一	お電話番号	－　－
ご担当医師名		FAX番号	－　－

● 患者情報

フリガナ		性別	生年月日・年齢
患者氏名		男・女	年月日(歳)
住所	〒――		
電話番号	自宅 ――――	携帯 ――――	

○ご予約当日までに、必ず診療情報提供書（紹介状）のFAXをお願いいたします。

〇ご予約当日には、必ずマイナンバーカード等保険情報がわかるものを持参いただきますよう患者さんへお伝えください。

○ご予約の変更及びキャンセルの際は、地域医療連携室までご連絡ください。（代表電話 0771-72-1221）