

FAX 受診予約申込書

FAX番号 0297-21-1620

※お急ぎの場合はお電話ください 電話番号 0297-45-3711

※＝必須

令和 年 月 日

受診希望患者様情報

申込医療機関情報 ※

(フリガナ) ※	
氏名	男 ・ 女
生年月日 ※	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日
住所	
電話 ※	

医療機関名：
住所：
TEL：
FAX：
担当者：

ご希望を記入してください

診療科 ※ 科 担当医 ☐ 指定なし 先生

受診予約 ☐ 1 週以内 ☐ 1 カ月以内 ☐ 一番早い予約可能日 ☐ その他 (以下に記載)

その他:

注意事項

- 確認させていただきたい事項がある場合は当院より上記の担当者様へご連絡いたします。
- 診療情報提供書は患者様へお渡しください。
- キャンセル/変更については医療連携室にご連絡ください。
- 営業時間内に受信したものは15分以内にご返答させていただくよう対応します。
営業時間外に受信したものは、翌営業日にご返答なります。
- 血管外科のシャント関係、耳鼻咽喉科の眩暈に関する診療のご希望については「その他」の欄に必ずその旨ご記載ください。