

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 : 平成 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

電話 _____

医師名 _____

FAX _____

フリガナ		性別	旧姓(当院受診歴のある方)
氏名		男 女	
生年月日	明・大・昭・平 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 _____	<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。

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

できる限り患者さんをお待たせせず、予約がとれるよう努めてまいります。

今後ともよろしく願いいたします。

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