

# 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

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	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 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