

紹介患者 予約申込書

※予約申込みFAX番号 0745-78-5090(直通) 受信は24時間対応

受付時間: 平日 9:00~17:00 / 土曜日9:00~13:00

(日祝日及び12/30~1/3を除く)

診療情報提供書添付でFAXして下さい

希望診療科

- 整形外科 循環器内科
 内科 リウマチ科
 消化器内科 脳神経外科
 心臓血管外科

希望医師名

医師

紹介元 医療機関名	
所在地	
担当診療科	
医師名	
担当氏名(部署)	()
TEL	
FAX (予約票送付用)	

<input type="checkbox"/> いつでも可	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日	現状況
		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来待機中

病名		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 継続診療 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 手術など	<input type="checkbox"/> その他
持参資料	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> その他()	

患者様情報

フリガナ		性別	生年月日			
患者氏名		男・女	年 月 日 歳			
		電話	(自宅)			
			(携帯)			

※注意事項

予約申込書と診療情報提供書とともにFAX送信して下さい。

尚、診療情報提供書の原本は患者様にお渡し頂き、当院受診時にご持参下さいませようお願いします。

各科の診療状況によりましてご希望に添えない場合がございます。ご了承下さい。

予約日の調整に医師の確認が必要な場合があります。回答が遅くなる場合があります。その際はお電話にて状況のご案内をさせていただきます。

また、お申し込み時間により回答が翌日になる場合がございます。ご了承下さい。