

【診察予約申込書】

平成 年 月 日

医療機関	名称		TEL	()
	医師名 歯科医師名		FAX	()
	所在地			

患者情報	ふりがな		男 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成								
	患者氏名	様			年 月 日 (歳)								
	住所	〒 — TEL ()											
	保険情報	当院受診歴	有 ・ 無 ※受診歴がある場合は、保険情報記入不要です										
保険者番号						本 家	公費番号						
記号・番号							受給者番号						

受診内容	第1希望	月 日 () : 頃	第2希望	月 日 () : 頃
	内科 (消化器)		心臓血管外科	CT (造影: あり・なし)
	内科 (循環器)		整形外科	(部位:)
	内科 (呼吸器)		形成外科	MRI (造影: あり・なし)
	内科 (腎臓・透析)		脳神経外科	(部位:)
	内科 (血液)		産婦人科	内視鏡 (上部・下部)
	内科 (糖尿病・内分泌)		眼科	超音波 (心臓・腹部・その他)
	神経内科		耳鼻咽喉科	その他 ()
	小児科		皮膚科	【備考】(希望医師・歯科医師・症状等を記載下さい)
	精神科		泌尿器科	
外科	歯科口腔外科			
呼吸器外科	麻酔科			

※予約をお取りになられましたら、早めに紹介状を予約センター宛てFAXでお送り下さい。
 ※受付時間 : 月～金曜(祝日除く)の8時30分～17時 (受付時間以外のFAXは翌診療日に回答します。)
 ※当日の予約、及び17時以降の翌診療日の予約は受け付けておりません。