

予約センターFAX 番号 **0572-21-1022**

該当項目の□に✓をつけ、太枠内をご記入ください。

(1) 受診希望日

本日

8:30~11:00 に受付いたします。

明日以降

**13:30~16:30 に受付いたします。 →
右に希望日時をご記入ください。**

第1希望	月	日 ()	:
第2希望	月	日 ()	:
第3希望	月	日 ()	:

(2) 受診区分

再診

診察券番号	
フリガナ氏名	
FAX 番号	
紹介状	これまでと違う診療科を受診される場合のみ <input type="checkbox"/> 有 { 病院名 担当医名 } <input type="checkbox"/> 無

※担当医師の変更希望は、受診時に担当医師に直接ご相談ください。

初診 (または診察券なし)

フリガナ氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日
住所	〒
FAX 番号	
その他連絡先	
健康保険証	種類 記号・番号 保険者名
紹介状	<input type="checkbox"/> 有 { 病院名 担当医名 } <input type="checkbox"/> 無

(3) 受診したい診療科

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 血液内科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 |
| <input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ科 | <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 |
| <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 乳腺内分泌外科 | <input type="checkbox"/> 心臓外科 | <input type="checkbox"/> 血管外科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 小児科 |
| <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | <input type="checkbox"/> 麻酔科 | <input type="checkbox"/> 女性外来 (医療連携室 FAX 番号 0572-22-2922 で受付します) | | | |
| <input type="checkbox"/> 要相談 (診療科不明) | | | | | |

症状 (詳しくご記入ください)

----- ここから下は病院の返信欄です -----

予約が完了しました。

→ 月 日 () : 科 医師
来院されましたら、 再来受付機 ①初診窓口 ②再診窓口 で受付してください。

ご希望の日時では予約がお取りできませんでした。以下の日時でしたら予約可能です。

→ 月 日 () : (医師)
 月 日 () : (医師)
 月 日 () : (医師)

ご希望の日時の□に✓を記入し、
この用紙を再度 FAX してください。

その他