聴覚言語障害の患者さん用　岐阜県立多治見病院　外来予約依頼票

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 □有 （病院名 担当医名） □無

□初診（または診察券なし）

フリガナ 氏名	
性別	□男　□女
生年月日	年　月　日
住所	〒
FAX 番号	
その他連絡先	
紹介状	□有（病院名 担当医名） □無

（3）受診したい診療科

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