

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 | 明・大・昭・平 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

- 消化器内科 循環器内科 腎臓内科 血液内科 内分泌内科 呼吸器内科
 膠原病・リウマチ科 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 心臓外科 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