

FAX : 072 - 763 - 5127

※ 本申込書とともに診療情報提供書(様式任意)を添付の上、FAXにて申込み下さい。

## 異病院 初診外来診療予約申込書

平成 年 月 日

紹介元 医療機関	名称	医師名		
	所在地			
	電話番号	FAX番号		

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			年 月 日 ( 歳)	
患者住所	〒 -		電話番号	(自宅) (携帯)

◎ 以下の項目にご記入をお願いします

希望診療科 ( <u>常勤医のみ</u> 予約可能)	※必ず希望診療科に☑をお入れ下さい。			
	<input type="checkbox"/> 内科・消化器内科	<input type="checkbox"/> 内科・循環器内科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科
希望医師名 特に希望される場合のみ	医師	貴院での状況	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 入院中
希望受診日	①平成 年 月 日 ( ) ②平成 年 月 日 ( )			

### <医療機関の先生方へ>

診療情報提供書の添付をお願い致します。初診の患者様のみご予約が可能です。午前診、常勤医の予約となります。  
特殊外来 及び 検査 の予約に関しましては、当院代表番号へ直接お電話下さい。  
その他、ご不明な点はお問合せ下さい。

申込受付時間 平日(月～金) 9:00～15:00

受付時間以降のお申込みの返信は、翌日(金曜日は翌週)となります。

医療福祉支援部 地域連携 TEL 直通 072-763-5161 /代表 072-763-5100  
FAX 直通 072-763-5127