

天童市民病院 F A X による診察予約申込書

令和 年 月 日

天童市民病院地域医療連携室 行

【FAX：023-654-2510】

医療機関名：

医師氏名：

連絡先電話： — —

連絡先 FAX： — —

1 患者様の基本情報

フリガナ		患者様の性別	男 ・ 女
患者様の氏名		患者様の電話番号	— —
患者様の生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
患者様の住所	〒 —		
市民病院の受診歴	有り ・ 無し	診察券の番号	

2 希望する診療科、時期及び医師

循環器内科	消化器内科	呼吸器内科
一般内科	外科	乳腺外科
産婦人科	小児科	その他 ()

※診療を希望する科目に○を付けるか、又はその他の欄に診療科をご記入ください。

診察の時期	至 急 ・ 日以内 ・ 月 日
-------	-----------------

※至急に○を付けるか、又は具体的な期日をご記入ください。

診察を希望する医師の氏名	
--------------	--

※診察を希望する医師の氏名をご記入ください（任意）。

3 患者様の症状、状態等

--

※可能な範囲内で、患者様の症状、状態等をご記入ください。

4 留意事項

- (1) この申込書に P C で入力するか、又は楷書によりご記入ください。
- (2) ファクシミリの送信は、午前 8 時 3 0 分から午後 4 時までの間にお願いします。
- (3) 折り返し、本院から予約票をファクシミリにより送信いたしますので、患者様に予約票をお渡しください。

ファクシミリの受信後、30 分以内を目途に貴院にご連絡させていただきます。本院からの連絡がない場合は、お手数ですが次の連絡先にお電話をお願いします。

【天童市民病院 地域医療連携室 TEL：023-654-2511（代表）】