

## 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。

|       |                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診察希望日 | <input type="checkbox"/> 1週間以内・ <input type="checkbox"/> 1週間以降でも可・ <input type="checkbox"/> その他 ( 月 日希望) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※診療を希望する□にチェック（希望日）をご記入ください。

|                  |  |
|------------------|--|
| 診察を希望する医師の氏名（任意） |  |
|------------------|--|

※診察を希望する医師の氏名をご記入ください。

### 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) この申込書は、病院のホームページからダウンロードし、ご記入ください。
- (2) ファクシミリの送信は、午前8時30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してください。なお、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）】