

・FAXの送信は8時半から16時までの間にお願いします。

FAX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

【TEL 023 - 654 - 2511】

【FAX 023 - 654 - 2510】

医療機関名：

医師名：

TEL：

FAX：

※ご記入は楷書でお願い致します。

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		電話番号	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)		
患者住所	〒 (-)		
市民病院 受診歴	有り ・ 無し	診察券番号	

【診察希望科】 ← 該当する項目に○を必ず付けて下さい

内 科	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(金)
	産婦人科	小児科	

※コメント欄 (必要があれば支障のない範囲内で患者様の状態をご記入下さい)

【診察希望医師】
(診察を希望する医師があれば名前をご記入下さい)

【診察希望日】

至急 ・ 日以内

- (1) 30分以内に本院からご連絡させていただきますが、連絡が無い場合は地域医療連携室まで電話をお願いいたします。
- (2) 折返し予約票をファクシミリにより送信いたしますので、患者様にお渡し願います。