

# 【診察予約申込書】

令和 年 月 日

医療機関	名称		TEL	( )
	医師名 歯科医師名		FAX	( )
	所在地			

患者情報	ふりがな		男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和
	患者氏名	様			年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 — TEL ( )			
	保険情報	当院受診歴	有 ・ 無 ※受診歴がある場合は、保険情報記入不要です		
保険者番号					本 公費番号
記号・番号					家 受給者番号

受診希望の診療科、検査に○をお付けください。

受診内容	第1希望	月 日 ( ) : 頃	第2希望	月 日 ( ) : 頃
	内科 (消化器)		整形 外科	CT (造影：あり・なし) (部位： )
	内科 (循環器)		形 成 外 科	
	内科 (呼吸器)		脳 神 経 外 科	MRI (造影：あり・なし) (部位： )
	内科 (腎臓・透析)		産 婦 人 科	
	内科 (血液)		眼 科	内視鏡 ( 上部 ・ 下部 )
	内科 (代謝・内分泌)		耳 鼻 咽 喉 科	超音波 ( 心臓 ・ 腹部 ・ その他 )
	神 経 内 科		皮 膚 科	その他 ( )
	小 児 科		泌 尿 器 科	【備考】(希望医師・歯科医師・症状等を記載ください)
	精 神 科		歯 科 口 腔 外 科	
	総 合 診 療 科		放 射 線 治 療	
	外 科		( 乳腺* ・ その他 )	
呼 吸 器 外 科		( 入院 ・ 通院 )		
心 臓 血 管 外 科		*乳房温存術あるいは乳房全切除術後の予防照射の症例		

※予約をお取りになられましたら、早めに紹介状を予約センター宛てFAXでお送りください。

※受付時間：月～金曜(祝日除く)の8時30分～17時 (受付時間以外のFAXは翌診療日に回答します。)

※当日の予約、及び17時以降の翌診療日の予約は受け付けておりません。