

社会医療法人みゆき会 みゆき会病院地域医療連携室

(FAX 023-673-1523)

予約申込書

令和 年 月 日

医院名 様 TEL ()


担当医師名 先生 FAX ()

受診予約希望日	第1希望	年	月	日	:	時頃
	第2希望	年	月	日	:	時頃
	第3希望	年	月	日	:	時頃
希望診療科及び希望担当医						
整形外科 / 内科 / 小児科				医師名		
ふりがな						
患者氏名 様 (男・女) 明・大・昭・平・令 年 月 日						
住所 TEL - -						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 検査 ()					
	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他						
保険情報	被保険者番号 _____			本人・家族 (割)		
	記号 _____		番号 _____		資格取得年月日 . .	

※ご希望時間は、午前が9:00～11:30、午後は15:00～16:30でご記入ください。

※15分以内に折返し予約票をFAX致しますので患者様にお渡し下さいますようお願いいたします。
また、送信されない場合はお手数ですが当院まで御連絡お願い致します。

----- きりとせん -----

<p>様 予約票</p> <p>予約日時は令和 年 月 日 () 時 分です</p> <p>患者様は、受付に紹介状とこの予約票をお出しください。 なお、<u>保険証その他の医療受給者証、お薬手帳</u>は必ずご持参ください。 どうぞ、お気をつけておこしください。</p> <p style="text-align: center;">  社会医療法人みゆき会 みゆき会病院地域医療連携室 TEL 023-672-8282 担当医師 医師 </p>
--