

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 / 脳神経外科 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 診察 手術 入院 転医 検査()
 リハビリテーション 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14:00~16:00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。


※平日の17:00以降は翌日、日曜日・祝日は休日明けの対応とさせていただきます。

土曜日は月曜日にご連絡をさせていただきます。

きりとせん

様 予約票
 予約日時は令和 年 月 日 () 時 分です

患者様は、受付に紹介状とこの予約票をお出してください。
 なお、保険証その他の医療受給者証、お薬手帳は必ずご持参ください。
 どうぞ、お気をつけておこしてください。

 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