

診療予約申込書

※予約申込時は必ず診療情報提供書を添えてお申し込みください※

送信日 令和 年 月 日

医療法人聖真会渭南病院

外来診療予約係：看護部長室

T E L 0880-82-1151 (代表)

F A X 0880-82-5678 (直通)

受付時間：平日 8：30 ～ 16：30

予約日時が決定後、予約票をF A Xしますので、患者さんにお渡し願います。

医療機関名	
所在地	
電話番号	() -
F A X 番号	() -
診療科名	
医師氏名	
送信部署・送信者	

希望診療科・医師	科	受診	第1希望	令和 年 月 日
	医師	希望日	第2希望	令和 年 月 日
担当医師事前連絡	<input type="checkbox"/> 未 ・ <input type="checkbox"/> 済	ご都合により来院できない日		令和 年 月 日
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療			令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他			
MRI を検査を希望される場合は、下記へ記載してください				
病名 () 部位 ()				

患者基本情報			
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男	大・昭 年 月 日生 (歳)
		女	平・令
現住所	(〒 -)		
電話番号	☎ 自宅 () - 呼出 (様方) ☎ 携帯 () -		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ I D 番号 (<input type="checkbox"/> 不明)		

当院記載欄 受診日 令和 年 月 日 () 医師