

初診予約依頼票（医療機関専用）

申込日 令和 年 月 日

ご紹介元	医療機関名	
	担当医師(担当科)	
	TEL	
	FAX	

受診希望	受診される科	科				
	診察希望医師	<input type="checkbox"/> 指定無し	<input type="checkbox"/> 医師指定	医師		
	受診希望日	<input type="checkbox"/> 指定無し				
		①	年	月	日	()
		②	年	月	日	()

※この用紙と共に診療情報提供書のFAXをお願いいたします。

※受診当日入院中の場合は、必ず他医療機関受診依頼書をお持ちのうえ受診をお願いいたします。

患者様情報	フリガナ			旧姓	性別	
	患者氏名			様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日 (歳)
		<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	〒				
	電話番号					
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明				
	<input type="checkbox"/> あり	→当院ID がわかる場合 ()				

【FAX送信先】 059-223-0272

※予約完了のご連絡はFAXにて返信させていただきます。

※予約後のキャンセル・お問い合わせは外来事務（TEL：059-226-1111）へお願いいたします。