

外来初診予約申込書

申込日 年 月 日

紹介元医療機関			
貴病医院名		診療科	
住所		貴医師名	
電話() -	FAX() -	ご担当者名(ご担当部署)	
患者様情報			
フリガナ		性別	男 ・ 女
ご氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
電話番号(自宅)	- -	電話番号(携帯)	- -
住所	〒 -		
保険情報	保険者番号		
	記号番号		
	被保険者名(世帯主)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合 割
当院の診察券 有 ・ 無			

※保険情報は保険証をFAXしていただいても結構です。

ご紹介希望診療科 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いいたします。	
<input type="checkbox"/> 循環器内科 ⇒ <input type="checkbox"/> 一般〔月～金曜日〕 <input type="checkbox"/> 不整脈〔火・木・金曜日〕	
<input type="checkbox"/> 末梢血管〔月・水・木・金曜日〕 <input type="checkbox"/> SHD外来〔火・木曜日〕〈TAVI、マイトラクリップなど〉	
<input type="checkbox"/> 弁膜症〔月・金曜日〕※弁膜症については年齢、病状などにより曜日が変わることがあります。	
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科〔水曜日〕	
<input type="checkbox"/> 外科〔月～金曜日〕 ※整形外科・産科・救急科のFAX予約はできません。	
<input type="checkbox"/> 内科〔月～金曜日〕	
<input type="checkbox"/> 女性スポーツ外来(婦人科外来)〔第1、3火曜日 午後〕	
受診希望日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〔第一希望日: 月 日 / 第二希望日: 月 日〕	
希望医師名〔 <input type="checkbox"/> 〕※医師名につきましては『診療科別外来一覧』をご参照ください。	

〔ご注意〕

- 受診当日のご予約、整形外科・産婦人科(女性スポーツ外来を除く)・救急科へのFAX予約はお受けしておりません。
- 放射線科(CT・MRI)のご予約は別途申込書があります。当院ホームページよりダウンロードしてご利用ください。

〔お願い〕

- 緊急のご紹介は直接お電話いただきますようお願いいたします。
- 事前にカルテ作成の準備をさせていただきますので、お手数ですが患者様情報は正確にご記入ください。
- 患者様の情報として診療情報提供書の添付をお願いいたします。
- 予約制ですが、診療科や検査内容によっては終了時間が夕方までかかる場合がございます。予めご了承ください。