

## 診 察 予 約 申 込 依 頼 書

予約申込日 平成 年 月 日

\* 太枠内は必須項目ですので、必ずご記載下さい。

紹介元医療機関名

担当科名 科 医師名 先生  
TEL FAX

フリガナ

患者氏名 (男・女)

生年月日 M・T・S・H 年 月 日生

病名・現症

住所 TEL

予約日時 一両日中 ・ 1週間程度以内 ・ 2週間程度以内 ・ ( ) 月 ( ) 日希望

( ) 曜日を希望 その他ご要望 ( )

診療科名 ( 科 ) 医師名 ( )

患者状況  外来患者 (  貴院待機中 ※患者様がお待ちの場合は  してください )  入院患者

- ◇ 翌日以降の予約受付に限らせていただきます。
- ◇ 予約申し込みと併せて、診療情報提供書を作成の上、送付下さいますようお願いいたします。
- ◇ 希望医師のご指定はできるだけ希望に沿えるよう努力致しますが、ご紹介内容・医師の都合によりご希望に沿えない場合がありますので、ご了承ください。
- ◇ 救急診療・当日診療・入院予約については各診療科にお尋ねください。