

# 橋本市民病院 診察予約申込依頼書

予約申込日 平成 年 月 日

\* 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		

【病名・現症】

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

フリガナ

\_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

生年月日 M ・ T ・ S ・ H 年 月 日生

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、診察前日までに下記受付時間内で FAX 頂きますようお願いいたします。(診療情報提供書の原本は、患者様にお渡してください)
- ◇ 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。

受付時間 (日、祝、年末年始は休み)	
➤ 平日	8:30 - 19:00 (木曜日のみ 8:30 - 17:00)
➤ 土曜日	9:00 - 12:00

橋本市民病院 地域医療連携室

TEL : (0736) 34-6116

FAX : (0736) 34-6117