

診療予約申込書(FAX専用)

FAX送信先

0287-38-2787(地域医療連携室)

紹介元医療機関

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 名称 | | 担当医師名 | |
| 所在地 | | (診療科) | |
| 電話 | | | |
| FAX | | | |

(ゴム印でも可)

当院希望診療科・日時等

| | | | | | | | |
|---------|----|---|---|---|-----|---|--|
| 希望診療科 | | | | | | | |
| 依頼内容 | | | | | | | |
| 第1希望診察日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | () | 時 | |
| 第2希望診察日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | () | 時 | |
| 第3希望診察日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | () | 時 | |

受診される方

| | | | | | | | |
|-------|-----------------------|-----|--|------|-------------|-----|--|
| 当院受診歴 | 無 有 (お持ちの場合 : 診察券番号) | | | | | | |
| フリガナ | | 性別 | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 | | |
| 氏名 | | 男 女 | | | 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 | 〒 | | | | 電話 | () | |

国際医療福祉大学病院 ・ 地域医療連携室

〒329-2763 栃木県那須塩原市井口537-3

電話0287(38)2786 FAX0287(38)2787

《 予約通知書 》

国際医療福祉大学病院

下記の通り予約をお取りいたしました。

| | | | | | | | |
|-------------|------------------|---|---|---|-----|---|---|
| 予約日時 | 平成 | 年 | 月 | 日 | () | 時 | 分 |
| 受診科 | _____ | | | | | | 科 |
| 担当医師 | _____ | | | | | | |
| ID (診察券) 番号 | _____ (_____ 様) | | | | | | |

ご案内

- FAXによる診療予約申込の受付時間は、診療日前日の午後4時までとなります。
(診療前日が休日の場合は直近の平日)
- FAX受診後、診療予約が取れ次第お電話にて報告の上、上記「予約通知書」をFAXします。
- 患者様受診の際は、総合受付に紹介状・保険証等及び上記「予約通知書」(返書済)を添えて提出して下さい。
- 診療日・時間につきましては、ご希望に添えない場合もございますのであらかじめご了承下さい。