診療予約申込書

小林市立病院　地域医療連携室　行き　　令和　　年　　月　　日

【送り先ＦＡＸ】０９８４－２３－８２２６

受付時間　平日　９：００～１６：００
※時間外、土日祝日は担当者不在のため、翌診療日に回答いたします。

※可能な限り、ご記入ください。

医療機関名		担当者名	
御担当医名	先生	診療科名	科
Ｔ　Ｅ　Ｌ		Ｆ　Ａ　Ｘ	

ﾌﾘｶﾞﾅ	旧姓　（　　）	性　　別
患者氏名		男　・　女
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	
患者住所	〒　　－ 電話番号 携帯電話	
受診希望科	□消化器外科・腫瘍外科　□整形外科　□泌尿器科　□心臓血管外科 □小児科　□神経内科　□産婦人科　□糖尿病・内分泌内科	
希望医師名	医師　・　指定なし	
診療希望日	第１希望　　年　　月　　日 第２希望　　年　　月　　日 ・　希望なし ※希望日に空きがない場合は、直近の予約診療日となりますのでご了承ください	
病名・紹介目的など	※紹介状を添付していただいても結構です	