

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	

フリガナ	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	<input type="checkbox"/> 高血圧・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 消化器外科・腫瘍外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 産婦人科	
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	