

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	〒 ー 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 ☐ 乳腺外科		
希望医師名	医師 ・ 指定なし		
診療希望日	第1希望 年 月 日 ・ 希望なし 第2希望 年 月 日 ※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		