

紀和クリニック医事課行 FAX 0736-34-0125

(受付時間平日 午前9時～午後5時) TEL 0736-34-1255



# 診療予約申込書

申込日 年 月 日

|              |    |     |  |
|--------------|----|-----|--|
| 紹介元<br>医療機関名 |    |     |  |
| 診療科          |    | TEL |  |
| 医師名          | 先生 | FAX |  |

|           |                             |  |   |
|-----------|-----------------------------|--|---|
| 受診希望診療科   | 科                           | 希望担当医  |   |
| 予約        | <input type="checkbox"/> 至急 | <input type="checkbox"/> 1週間程度   | <input type="checkbox"/> 2週間程度 <input type="checkbox"/> ( ) |
| 予約希望日時 第1 | 月 日                         | 患者の状況<br><input type="checkbox"/> 外来患者 ( <input type="checkbox"/> 貴院待機中 )<br><input type="checkbox"/> 入院患者 |   |
| 予約希望日時 第2 | 月 日                         |  |   |
| 予約希望日時 第3 | 月 日                         |  |   |

|               |                 |        |                   |
|---------------|-----------------|--------|-------------------|
| 患者様情報         |                 |        |                   |
| フリガナ          |                 | 男<br>女 | M / T / S / H / R |
| 氏名            |                 |        | 年 月 日生            |
| 住所            | 〒 -             |        |                   |
|               | 自宅 : ( ) - 携帯 : |        |                   |
| 紹介目的 (症状・病名等) |                 |        |                   |

- 翌日以降の予約受付となります。予約日時が確定次第、予約票を送信致します。
- 原則医師に紹介内容確認後の予約取得となります。返送までお時間頂きます事、予めご了承ください。担当医師の都合にてご希望に沿えない場合は、此方から連絡させていただきます。
- 診療情報提供書は可能な限り添付しFAX送信をお願い致します。

紀和クリニック 医事課 (0736-34-1255)