

公立昭和病院 受診予約申込書 (FAX 送信用)

年 月 日

地域医療連携室

医療機関名

FAX 042-461-0143

医師名

FAX 受付時間 9:00~17:00

上記時間外、土・日・祝祭日のご予約の
返信は翌診療日となります。

電話番号

FAX 番号

1. 予約項目

傷病名・症状等			
希望医師名 有 ・ 無			医師
受診希望日	第一希望 月 日 ()	第二希望 月 日 ()	第三希望 月 日 ()

受診診療科 (○をつけてください)

脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	糖尿病・内分泌内科
代謝内科	腎臓内科	血液内科	心療内科	外科・消化器外科
乳腺・内分泌外科	呼吸器外科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	小児科	整形外科
形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科
眼科	産婦人科	血管外科	膠原病内科	

※歯科・歯科口腔外科外来予約は平日 14:00~17:00 に

代表電話より歯科・歯科口腔外科外来へお電話ください。(代表電話 042-461-0052)

2. 患者情報

フリガナ 患者氏名	男 女	公立昭和病院 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明 (ID No. -)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		電話 ()

< お 願 い >

- ・ 当日のご予約はお受けしておりません。
- ・ 予約状況により、ご希望に添えない場合がございます。
- ・ 病名や症状等によっては、診療情報を事前にお問い合わせする場合がございます。
- ・ 診療情報提供書は、受診時、受付窓口にお出し頂けますよう患者さんにお渡しく下さい。
- ・ 救急受診の場合は必ずお電話でご連絡のうえ、来院して頂くようお願いいたします。

(平日日中：地域医療連携室、休日・夜間：代表電話 042-461-0052)