

医療法人協仁会 クリニックこまつ

診療予約申込書

T E L : 072-823-1522 (代表) F A X : 072-821-7013 (地域医療連携室直通)

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	担当者：

フリガナ	性別	生年月日
氏名 旧姓 ()	男 女	大 昭 年 月 日 平 令 () 歳
住所	(〒)	
電話番号		
患者状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 (待機中・帰宅済)	受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (I D :)
診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 糖尿病センター <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 甲状腺・内分泌外来 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> () ■ 緩和ケア科 ←医療機関様よりお電話にてご連絡をお願いします。	
希望医師	※ 希望あれば 先生 ※ご期待に添えない場合があります。	
希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> 希望日なし	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> 不可日なし
予約取得	<input type="checkbox"/> 患者さまより直接予約希望	
備考欄		

※本書と診療情報提供書を添付してください。また当日は診療情報提供書の原本を必ず持参ください。

予約受付完了後、「予約票」をFAXで送付させていただきます。

受付時間 (平日 9時~16時30分 土曜 9時~12時) 以降のお申込みの返信は原則翌日以降 (土曜日は翌週) となります。