

申込日: 年 月 日

隈病院 地域医療連携室行

**FAX:078-371-6819**

**8:30~16:30**

TEL:078-371-3741

時間外の申込みは翌営業日にお返事いたします  
休診日:日曜日、祝日、第2土曜日

貴院名:

郵便番号:

TEL:

FAX:

医師名:

ご担当者名:

● 太枠内をご記入の上、本票と紹介状を隈病院まで FAX してください。

フリガナ													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
患者氏名	姓						名						男	女		
旧姓	←カルテ二重登録防止確認のため、ご記入ください。															
生年月日	西暦	大正	昭和	平成	年	月	日	歳								
電話番号	自宅				—				—							
	携帯など日中の連絡先				—				—							
患者状況	<input type="checkbox"/> 当院初診時入院中				<input type="checkbox"/> 独歩				<input type="checkbox"/> 車いす				<input type="checkbox"/> ストレッチャー			
診療科	<input type="checkbox"/> 甲状腺				<input type="checkbox"/> 副甲状腺				<input checked="" type="checkbox"/> 乳腺				<input type="checkbox"/> その他			
受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望日なし				ご都合の悪い日											
	第1希望 月 日				第2希望 月 日											
備考欄																

- \* 受診希望日に希望医師の診察がない場合、別日で調整いたします。当院のホームページに掲載しております外来診察担当予定表をご参照ください。
- \* 土曜日の予約はおとりできません。
- \* 確定した予約日時を変更、キャンセルする場合紹介元医療機関より当院までご連絡ください。

- \* 紹介状は貴院様式をご利用ください。
- \* 予約受付完了後、地域連携ご担当の部署へ「紹介患者予約票」「問診票」「診療申込書」を FAX いたしますので患者様にお渡しください。
- \* 当院に受診歴がある方は本申込書での予約はとれません。ご自身で再診予約をお取りください。  
再診予約専用電話番号 : 078-371-0489 オヨヤク