隈病院 初診予約申込書

＊プリントしてご利用ください

申込日：　　年　　月　　日

隈病院 地域医療連携室行

FAX:078-371-6819

受付時間 8:30～16:30

時間外の申込は翌営業日にお返事いたします。
休診日：第2土曜、日曜、祝日

TEL:078-371-3741

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、本状と**紹介状**※1を隈病院までFAXしてください。

フリガナ																		□ 男　□ 女
患者氏名	姓							名										
旧姓								←カルテ二重登録防止のため、ご記入お願いします。										
生年月日	西暦　大正　平成　昭和　令和						年			月			日			歳		
電話番号	自宅							―			―							
	携帯など日中の連絡先							―			―							
患者状況	□ 当院初診時入院中							□ 独歩　□ 車いす　□ ストレッチャー										
診療希望部位	□ 甲状腺　□ 副甲状腺　□ 乳腺　□ その他																	
希望医師	□ なし　□ あり　医師名※2																	
受診希望日（月～金のみ）	第1希望　　月　　日											第2希望　　月　　日						
	□ 希望日なし											←特にご都合の悪い日があれば、ご記入ください。						
備考欄																		

※1 紹介状は貴院様式をご利用ください。

※2 ホームページの外来診察予定表をご参照ください。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。

隈病院ホームページ　https://www.kuma-h.or.jp

※3 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。