

地域連携枠専用診療予約申込書

【申し込み受付時間（月）～（金）9時～17時】

FAX 076-434-5104 (予約専用TEL 076-434-7804)

〈診療予約希望日〉

※は当院で記入

予約日時	年 月 日 時 分
------	-----------

※	-	-
---	---	---

※二重登録防止のため、改姓された方は旧姓も記載ください。

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	旧姓 ()	男	大正・昭和・平成・令和
			女	年 月 日 (歳)
	住所	〒 -	電話番号 (自宅)	
() -				
勤務先名称		電話番号 (携帯)		
		() -		
			電話番号	
			() -	

依頼元施設名	医師氏名		電話番号	
	所在地	〒 -	() -	
			F A X	
名称		() -		

〈受診希望診療科・傷病名等〉

[]

◆原則：診療予約希望日の前々日まで、申し込みをお願いいたします。
月曜日希望の場合は前週の木曜日までに申し込みをお願いいたします。

【患者さんへのお願い】

★ご予約の時間までにご来院ください。予約時間の60分前から受付できます。

★病院玄関ホール1階はじめての方窓口（1番）で、受診の手続きをしてください。

受診に必要なもの・・・保険証(公費負担の受給者証を含む)、紹介状、お薬手帳、
地域連携枠専用診療予約申込書、当院の受診カード（お持ちの方）。

★予約当日に受診できなくなった場合は、医療福祉サポートセンター（076-434-7804）までご連絡ください。

★予約時間は予診や検査が始まる目安の時間です。

診察まで1～2時間かかることがありますので、ご了承ください。

※	受付	登録	照合