

診療予約依頼書（兼診療予約票）

貴院名 _____	医師名 _____
所在地 _____	TEL _____
_____	FAX _____

[患者様の情報]

氏名	フリガナ _____	(男 ・ 女)
	様	
生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日生 歳	
住所	_____	
電話	()	
紹介目的	<p style="text-align: right;">※診療情報提供書のご送付もお願いします。</p> <p>[持参資料]該当資料に☑をして下さい。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> X線 ・ <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI ・ <input type="checkbox"/> 病理標本 ・ <input type="checkbox"/> その他()</p>	
ご希望の受診科	科	希望医師 医師
※希望医師を指定されない場合は当院にて医師を決定させていただきます。		
ご希望の受診日	第1希望	令和 年 月 日(曜日)
	第2希望	令和 年 月 日(曜日)
その他特記事項がございましたらご記入下さい。		

※循環器内科・皮膚科・小児科は、事前予約を行っておりません。

受付NO _____

予約決定日 令和 年 月 日(曜日) 時

(科 医師)

国保中央病院	TEL	0744-32-8800
地域支援センター	FAX	0744-32-5999