

診 察 申 込 書

紹介先医療機関名
医療法人 相生会 わかば病院

紹介元医療機関の
名称及び所在地
電 話 番 号
F A X 番 号
医 師 氏 名

科 先生

【患者情報】

・わかば病院受診歴 (有・無)

(保険証のコピーをFAXでも可)



保 険 者 番 号		本人	公費負担者番号	
記 号 ・ 番 号		家族	受 給 者 番 号	

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名				
住 所	〒 —			TEL ()

ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来(診察) <input type="checkbox"/> 外来(診察と検査) <input type="checkbox"/> 治療(転医)
	[紹 介 目 的]

希望日	第1希望	年 月 日 ()	予約通知返信用FAX FAX ()
	第2希望	年 月 日 ()	

【 予 約 通 知 書 】

下記のとおり診察予約をおとりいたしました。

診察・検査予約日 年 月 日 () 時

診 察 科 科 担 当 医 師

- * 来院の際は、受付でお受けいたしますので、紹介状・健康保険証及びこの「予約通知書」を添えて申しつけ下さい。
- * 指定された医師が急患等で診察出来ない場合は、他の専門医が診察させて頂くことがあります。

診察受付時間	午前 9:00 ~ 12:00	休診日	土曜午後・日曜 祝祭日・年末年始
	午後 2:00 ~ 5:00(リウマチ科) 火曜日のみ 3:00 ~ 6:00(呼吸器科) 水曜日のみ		
	※診療科により診察時間が異なる 場合がございます。		

◆ 問い合わせ先 ◆

地域医療連携室 (9:00 ~ 18:00)	TEL	027-255-5252
	FAX	027-255-5353