**診 察 予 約 申 込 書**

**令和　　　　年　　　　月　　　　日**

**紹介元医療機関・医師名**

**医(病)院　　医師**

**TEL 　 　　　 　　　 　FAX**

**ふりがな**

**患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女**

**明　　大　　昭　　平　　令**

**生年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 　(　　　　 歳)**

**TEL**

**当院受診歴　　無　・　有　・　不明　　 当院診察券番号　ID**

**希望診療科　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　先生**

**受診希望日　　第１希望　　　　　月　　　　　　日　　診察　　・　　転院**

**第２希望　　　　　月　　　　　　日**

**備考欄**

* **貴院の診療情報提供書を添付のうえＦＡＸください。**

**常陸大宮済生会病院　　地域医療連携室**

**ＴＥＬ　０２９５－５２－５１５１(代表）　ＦＡＸ　０２９５－５４－８１１０**

**ＴＥＬ　０２９５－５４－８１７１(直通)**