

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)

T E L

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)