

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

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	不都合日
第2希望 月 日	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。

【予約 FAX 受付時間】 平日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

※ 受付時間外、休診日に届いた場合は 翌診療稼働日 の対応となります。

※ 希望される診療科、医師によってお返事までにお時間をいただく場合がございます。

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)	