【FAX 送付先】飯塚病院　地域連携センター　宛　（FAX：0948-29-8457）

内分泌・糖尿病内科　初診予約申込書

申込日：　　年　　月　　日

※予約申込みに必要な事項のみご記入ください。病状・経過等の詳細な記載は不要です。

【紹介元医療機関】

医療機関名	
紹介医・担当者名	
電話・**FAX**	

【患者情報】

患者氏名（フリガナ）	
住所	
生年月日	T.S.H.R　　年　　月　　日
性別	□ 男性　　□ 女性　　□回答しない
本人連絡先①	
本人連絡先②	

※患者本人と確実に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

【受診内容】

該当するものに☑️	□ 甲状腺　　□ 糖尿病　　□ その他

【受診希望日】

第**1**希望	年　　月　　日（　）
第**2**希望	年　　月　　日（　）
第**3**希望	年　　月　　日（　）
予約枠	□ 希望なし（いつでも可）

※予約状況により、ご希望日に添えない場合があります。

【内分泌科記入欄】

予約決定日	予約日時	担当医	連絡**者**

紹介元医療機関での予約調整は不要です。予約日時の調整は内分泌科で行います。