

# 形成外科専用初診予約申込書

申込日 (FAX送信日) 年 月 日

飯塚病院地域連携センター  
行

FAX : 0948-29-8457

## 受付時間

平日 ( 土日、祝祭日、年末年始を除く) 8:30 ~ 16:30

※ 緊急を要する患者さん (当日・翌日受診希望) の場合は、診療科に直接ご相談ください

## 【紹介元医療機関】

医療機関名 :	電話番号 :	—	—
	FAX番号 :	—	—
医師名 :	担当者名 :		

## 【患者情報】

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
患者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( ) 歳
電話番号	自宅 — — 携帯 — —	飯塚病院 受診歴	無・有 (診察券番号が分かる方は下記へ) 診察券番号 ( )
傷病名			
医師指定	*希望に添えない場合があります。 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 先生	連絡 事項等	
受診 希望日	第1希望 : 令和 年 月 日 第2希望 : 令和 年 月 日 第3希望 : 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 希望はないが早めの受診希望 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( )	

医師	診察日
井野 康	月曜日・水曜日
中村 薫乃	水曜日・金曜日

※受診当日には「診療情報提供書」「予約券」  
「現在内服しているお薬全て」を患者さんへご持参頂くよう  
お伝えください。

※予約が確定したら連絡します。(15分~20分以内)  
その後「予約券」をFAXにて送信いたします。  
予約調整に時間がかかる際、お待たせすること  
をご案内いたします。ご了承ください。

※予約確定に時間を要する場合は当院から患者さんへ予約日を  
直接電話にてお伝えします。  
必ず連絡の取れる連絡先を記入するようお願いします。