

2022年度

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)

9:00 ~ 16:00

※ 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 | 年 月 日 () 歳 |
| 電話番号 | 自宅 | — | — | 携帯 | — | — |
| 傷病名 | | | | | | |
| 医師指定 | *希望に添えない場合があります。 | | 連絡事項等 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | 先生 | | | |
| 受診希望日 | 第1希望 | : 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | 希望はないが早めの受診希望 | | |
| | 第2希望 | : 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | 都合の悪い日 | | |
| | 第3希望 | : 令和 年 月 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願いください。

※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。

2022年4月作成