

整形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 ~ 16:30

※ 外傷など緊急性の高い症例につきましては、電話でのご連絡とあわせて診療情報提供書をお送りください

【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	☐ 男性	☐ 女性
患者氏名		生年月日	☐ 大正 年	☐ 昭和 月
			☐ 平成 日	☐ 令和 ()歳
連絡先1	—	本人・（氏名 :	続柄 :)	
連絡先2	—	本人・（氏名 :	続柄 :)	

◆ご予約に関するご案内

紹介元の医療機関にはFAXで、初診予約申込書への回答を送付いたしますのでご確認ください。
患者さんには飯塚病院より、3営業日以内にご予約の日程について電話でお知らせいたします。

※ 患者さんへスムーズにご連絡を差し上げるため、連絡先は可能な限り2ヶ所ご記入ください。

◆整形外科以外の医療機関からのご紹介について

ご紹介いただいた内容によっては、近隣の整形外科クリニックへの受診を案内させていただきますので、あらかじめご了承ください。

2025年8月作成