FAX予約依頼票

記入年月日　　年　　月　　日

フリガナ ：	性別
患者氏名 ：	
生年月日 ：	年　　月　　日
TEL ：	－　　－
当院受診歴 ：	

医療機関名 ：	
住　所 ：	
TEL ：	－　　－
FAX ：	－　　－
医師名 ：	

希望の診療科に〇印をつけてください。

予約希望科		総合内科		血液内科		眼科
		消化器内科		精神科		歯科口腔外科
		循環器内科		外科		心臓血管外科
		呼吸器内科		整形外科		呼吸器外科
		脳神経内科		脳神経外科		乳腺外科
		リウマチ膠原病アレルギー科		泌尿器科		
		代謝内科		婦人科		

予約情報	傷病名 または主訴	
	希望医師	医師　※ご指定がなければ未記入で結構です。
	受診希望日	希望日なし ・ 不都合な日（　　）
		第1希望　　年　　月　　日
		第2希望　　年　　月　　日
		第3希望　　年　　月　　日

当院使用欄

予約日確定後、15分以内を目途に「予約連絡票」をFAXいたします。尚、時間を要する場合は、ご連絡させていただきます。

＜予約専用TEL＞　平日　月～金
047-473-1298（8:30～17:30）／047-473-1281（17:30～19:00）

予約センター宛　FAX：047-473-1291

千葉県済生会習志野病院