

平成 年 月 日

# 国保野上厚生総合病院 予 約 申 込 票

地域連携室 FAX 予約 FAX 073-488-7478 TEL 073-489-2245

フリガナ		性別	男 • 女
患者氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )
現 住 所	〒		
※電話番号 ( ) -			
国保野上厚生総合病院 受診歴	無 • 有	旧姓・旧住所での受診歴がある際には、お電話にて確認を取らせて いただく場合があります。ご了承ください。	

希望する 診療科目	科	受 診 希望日	① 月 日 ( 曜日 )
医師名			② 月 日 ( 曜日 )
			③

■ 紹介目的（※簡単な症状等を必ずご記入ください。）

紹 介 元 医療機関名	〒	FAX	( ) -
診療科 担当医師名	科	TEL	( ) -

■ FAX 受診時間 月～金 9:00～17:15 (土日祝、年末年始は除く)

受付時間内の受信分は、原則 30 分以内にお返事（予約受付票）をお送りする予定です。

時間外・土日祝日・外来休診日は、翌日または休み明けのお返事となります。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。（急な休診時の連絡等のため）

■ 折り返し、予約受付票を FAX いたしますので、患者さんにお渡しいたしますようお願いいたします。  
受診当日は、予約受付票・紹介状・診察券（当院診察券をお持ちの方のみ）・保険証等を持って受付してくださるようお伝えください。