

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。(急な休診時のご連絡等のため)

- 折り返し、予約受付票を FAX いたしますので、患者さんにお渡しください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
てくださるようお願いください。