

脳神経外来診察予約申込書

社会医療法人三栄会
ツカザキ病院 地域連携室 行
(FAX : 079-272-8571)

医療機関名 :
医師名 :
TEL :
FAX :
(こちらの番号に後程予約票をお送りします)

平成 年 月 日

患者様	ふりがな		男 ・ 女	当院受診歴 有 ・ 無 ・ 不明
	患者氏名			
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 () 歳		
受診希望日	第1希望日	月 日		
	第2希望日	月 日		
患者に関する留意事項等				

(FAXは24時間受け付けておりますが、日・祝日及び月～土曜日17時以降にご送信いただいた場合のお返事は、翌診療日になりますのでご了承ください。)

ご紹介ありがとうございました。

日程調整の上、予約票を上記番号にFAXにてお送りさせていただきます。

当日患者様には、

- ・ 受診予約票 (後程お送りいたします)
- ・ 診療情報提供書 (原本)
- ・ 画像、検査データ
- ・ 診察券 (来院歴のある方のみ)
- ・ 健康保険証、公的医療証
- ・ お薬手帳

をご持参いただきますよう、ご案内をお願いいたします。

何かご不明な点等ございましたら、079-272-8130 (地域連携室) にお問合せ下さいますようお願いいたします。