

# 診療予約依頼書（兼診療予約票）

貴院名 _____ 所在地 _____ _____	医師名 _____ TEL _____ FAX _____ _____
---------------------------------	--

**[患者様の情報]**

氏名	フリガナ	( 男 ・ 女 )
	様	
生年月日	(M・T・S・H) 年 月 日生	歳
住所		
電話	( )	
紹介目的	[持参資料]該当資料にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> X線 ・ <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI ・ <input type="checkbox"/> 病理標本 ・ <input type="checkbox"/> その他( )	
ご希望の受診科	科	希望医師 医師
※希望医師を指定されない場合は当院にて医師を決定させていただきます。		
ご希望の受診日	第1希望	平成 年 月 日( 曜日)
	第2希望	平成 年 月 日( 曜日)
その他特記事項が ございましたらご記入下さい。		

受付NO \_\_\_\_\_

予約決定日 平成 年 月 日( 曜日) 時  
 \_\_\_\_\_  
 ( 科 医師 )

国保中央病院	TEL	0744-32-8800
地域支援センター	FAX	0744-32-5999