FAX番号　072-480-2280

外来診療予約申込書

年　　月　　日

（紹介元医療機関名）　　（電話番号）

（医師氏名）　　（申込担当者名）

フリガナ		当院受診歴	あり　・　無し
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	性　別	男　・　女
患者住所	〒　　－	電話番号	
		携帯電話	
家族連絡先	（氏名）　　（続柄）	電話番号	

保険情報 ※保険証をFAX頂く場合は記入不要	本人　・　家族	保険者番号	記号　・　番号	有効期限等
	公費負担番号	公費受給者番号		老人一部負担金等助成
	公費負担番号	公費受給者番号		あり　・　無し

受診希望診療科	□内科　□消化器内科　□血液内科　□循環器内科※　□呼吸器内科※　□糖尿病内科		
	□外科　□消化器外科　□肛門外科　□脳神経外科　□ペインクリニック外来※　□泌尿器科		
	□皮膚科　□眼科　□耳鼻いんこう科　□甲状腺　□肝臓　□膠原病　□人工関節外来		
	※診療科によっては非常勤医師への事前確認を行いますので、予約日の確定までに3日～7日かかる場合があります。		
受診希望担当医		傷病名	
受診希望日	第1希望日　　月　　日　・　第2希望日　　月　　日　・　第3希望日　　月　　日		
受診日時調整者	□本人　□家族　□紹介元医療機関	当院より左記該当者へ連絡を行い受診日の御相談をさせて頂きます	

症状等　※診療情報提供書をFAX頂く場合の記入は不要です

医療法人 晴心会 野上病院　医事課 外来係