

診察予約申込書

JA岐阜厚生連

公立東濃中部医療センター 地域連携室 行

紹介元医療機関名 _____	
電話 (_____)	FAX (_____)
担当診療科 _____ 科	医師名 _____

フリガナ		性別	生年月日	大 昭 平 令	年 月 日
氏名	(旧姓 : _____)	男	電話番号	自宅	(_____)
		女		携帯	(_____)
住所	〒 _____				

診断名 又は 症状	
-----------------	--

診療情報提供書を添えてFAXしてください

希望 診療科		科	希望 医		医師
-----------	--	---	---------	--	----

※神経内科、一般内科の病診連携予約は出来ません。

受診 希望日	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
-----------	---

①	月 日 (_____)	②	月 日 (_____)
---	---------------	---	---------------

その他希望

※本書をFAXにて送信してください。
予約受付完了後「診察予約票」をFAXにて送付いたします。患者様にお渡しください。

※受診時には保険証・福祉医療受給者証・紹介状を必ずお持ちください。

※当日の予約はお取りできません。当日受診希望の場合は代表にお電話をお願いします。

地域連携室

TEL 0572-55-2111(代)

FAX 0572-55-7776