



甲南医療センター 診察予約申込書

申込日 年 月 日

甲南医療センター患者サポートセンター行

FAX: 078-854-4158

貴院名

【受付時間】

平日 9:00~19:00

土曜日 9:00~13:00

《日祝は除く》

受付時間外の申し込みは翌営業日のお取り扱いとなります。

FAX受信は24時間可能です。

〒

住所

TEL

FAX(必須)

診療科

医師名

ご担当者名

【予約希望診療科】希望の診療科に○印を付けてください。 * 診療情報提供書にも希望診療科をご記入ください。

循環器内科	腫瘍内科	婦人科	産科
消化器内科	血液内科	コルポスコピー	
総合内科	放射線科(診察)*検査は別紙	形成外科	
糖尿病内科	消化器外科	皮膚科	
内分泌内科	乳腺外科	眼科	
腎臓内科	呼吸器外科	耳鼻いんこう科	
呼吸器内科	脳神経外科	泌尿器科	
リウマチ・膠原病内科	整形外科	歯科口腔外科	
脳神経内科	小児科	緩和ケア内科(入院面談)	
	頭痛		

医師の希望	<input type="checkbox"/> 有() 医師) ・ <input type="checkbox"/> 無	医師同士の相談	<input type="checkbox"/> 有() 医師) ・ <input type="checkbox"/> 無
-------	--	---------	--

傷病名 主訴・症状	外国人の方	日本語(可・不可) ※不可の方は付き添い(通訳)をお願いします。
--------------	-------	-------------------------------------

【患者さんのデーター】 * 選択するものは □に✓を入れるか ○で文字を囲んでください。太枠は記入必須です。

氏名	フリガナ	甲南医療センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 有(ID:) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	男・女		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 西暦
住所	〒			
TEL () - ()	携帯 () - ()			
予約希望	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 都合悪い日() 第一希望日 月 日 () 第二希望日 月 日 () * 上記の希望日以外に予約希望(曜日等)がございましたら、備考欄にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 患者待機中 * 原則、予約変更はお避け戴きますようご協力をお願いいたします。			
備考				

◎申込書と一緒に紹介状のFAXをお願いいたします。※紹介状が後日の場合は必ず受診日前日迄にFAXしてください。

* なお、診療科、医師によっては当日のお返事が出来ない場合がございます。ご了承ください。

* 確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。

※お問い合わせ先 TEL078-851-0122