



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

【受付時間】

平日 9:00~19:00
《土日祝は除く》

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。

貴院名

〒

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 | 頭痛 | 緩和ケア内科(入院面談) | |
| | 小児科 | | |

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 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 (<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 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 | 〒 | | | |
| 予約希望 | TEL () - 携帯 () - | | | |
| 備考 | <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。 | | | |

◎ 申込書と一緒に紹介状のFAXをお願いいたします。 ※ 同時FAXが難しい場合は受診日の前日迄におねがいたします。

* 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