

小児専門外来 予約申込書

まずは地域医療連携室にお電話（045-576-3546）いただき、予約日時が決定しましたら

下記太枠内すべて記入し、**診療情報提供書（書式自由）と併せて** FAX送信下さいますようお願いいたします。

予約日時 月 日 :

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	電話番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

予約申込先に○をつけてください

外来名	予約先に○	外来名	予約先に○	外来名	予約先に○
新生児		アレルギー		神経	
肝臓		小児外科		内分泌	
消化管		循環器			

主訴・紹介理由

注意事項

- *患者さんからのご予約はお受けできません。
- *予約のキャンセルまたは変更の際は地域医療連携室（電話 045-576-3546）へご一報ください。
- *2回目以降の受診は地域医療連携室を経由せず、一般患者さんと同様の再診手続きとなります。