

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院

診察予約 申込書

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院

地域医療部 行

医療機関名：

医師名：

印

TEL：

FAX：

【受診希望者】

フリガナ		男	生年	大正・昭和・平成
患者氏名	様	女	月日	年 月 日 () 歳
住所	〒			
TEL				

【診察希望】

診察希望 ※右記希望の診察に☑を記入ください。 ※①～④より希望時間を選び、ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 内科外来（毎週火～金曜日 9：00～11：00） ※当院 内科外来へのご依頼、ご相談など下記「特記事項」欄にご記入ください。 <input type="checkbox"/> もの忘れ外来（毎週水曜日、金曜日 ①9：00～ ②9：30～ ③10：00～ ④10：30～） <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ外来（毎週木曜日 ①11：00～ ②11：30～ 他、希望日応相談）
第1希望日	令和 年 月 日 ()
第2希望日	令和 年 月 日 ()
特記事項	
予約手順	1) この「予約申込書」と「診療情報提供書」をFAX送信してください。 2) 予約日時決定後、「予約票」をFAX返信致します。 3) 患者様に「予約票」をお渡しください。

【お問い合わせ】

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 地域医療部

〈受付時間〉 平日 8：30～17：00

〈TEL〉 06-6482-0115 〈FAX〉 06-6482-0212