

F A X 診 療 予 約 申 込 書

受診する科を○で囲んでください

H30. 2月改

総合診療科 (内科)	呼吸器 内科	消化器 内科	神経 内科	もの忘れ 外来 (神経 内科)	循環器 内科	小児科	外科	整形 外科	形成 外科	脳神経 外科	皮膚科	泌尿器 科	婦人科	内視鏡	超音波 検査	栄養 指導	(糖尿病 パス*)
---------------	-----------	-----------	----------	--------------------------	-----------	-----	----	----------	----------	-----------	-----	----------	-----	-----	-----------	----------	--------------

神奈川県立足柄上病院 宛 (F A X . 0 4 6 5 - 8 2 - 1 1 9 1)

年 月 日

予約希望 至急の予約 普通予約

紹介医療機関の名称

希望日	
-----	--

住所 〒()

電話番号	-	-
------	---	---

FAX 番号	-	-
--------	---	---

足柄上病院の受診歴 ある ない

紹介医師名

希望 担当医	科	宛
-----------	---	---

足柄上病院
診療券番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		性 別		生 年 月 日	
氏 名		男 ・ 女 (M) (F)		明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H)	年 月 日
現 住 所	(アパート・マンション名)			電話	()

※総合診療科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・神経内科・外科・皮膚科・形成外科・婦人科・泌尿器科・脳神経外科の受診をご希望の場合、診療情報提供書も一緒にF A Xをお願い致します。

- 独歩
- 車椅子
- ストレッチャー

*糖尿病パス(栄養指導・フットケア)は別途申込書がございますので、地域医療連携室までお問い合わせ下さい。

*** F A X 申 込 書 に つ い て の ご 案 内 ***

- ・予約受付は下記の時間内で行っています。
平日 午前8時30分～午後4時30分
- ・折り返し、予約票をF A Xいたします。
- ・患者さんに紹介状、予約票(予約回答書の下半分)をお渡し下さい。
- ・患者さんには受診当日、健康保険証、紹介状、予約票をお持ちいただき、
足柄上病院 1号館 1階「総合受付8番窓口」にお越しいただくようご説明ください。

☆当日診療科の受診を希望される場合、土・日曜日、夜間の受診依頼は下記番号へ
直接お電話下さい

0 4 6 5 - 8 3 - 0 3 5 1 (代表)