

FAX診療予約申込書 FAX 0465-82-1191

神奈川県立足柄上病院

地域医療連携室

〒258-0003

神奈川県足柄上郡松田町松田惣領866-1

TEL：0465-83-0351

貴院の名称			
※押印可			
所在地			
TEL			
FAX			
ご担当者			

受付時間：8時30分～16時30分
 休診日：土曜日・日曜日・祝日
 年末年始（12月29日～1月3日）

※当日受診、救急受診の場合は使用できません。

フリガナ											
患者氏名	様				男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	
	当院ID										
住所	〒										
電話番号						当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明				

受診希望日	「足柄上病院」と「患者様又は患者家族」が直接日程調整を希望
※当日の予約はお取りできません。	

希望診療科（○をつけてください）					
	総合診療科	月～金		泌尿器科	月～金
	消化器内科	月～金		耳鼻咽喉科	月～水(14:00)
	脳神経内科	火2・4週・水1・3週		婦人科	水・金
	もの忘れ外来	金		眼科	月～金
	循環器内科	水		小児科	月～金
	外科	月～金		形成外科	木
	呼吸器内科	火・木		前立腺専門外来	月～金
	脳神経外科	月・火		消化器外科専門外来	火～金
	整形外科	月・水・金		ヘルニア専門外来	月～木

*** 必ず診療情報提供書を添付しFAX送信してください**

（消化器外科専門外来・ヘルニア専門外来・前立腺専門外来の診療情報提供書は
 受診時に持参していただき、FAXは不要です）

* お申込は医療機関のみとなります

* ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までお問合せください