

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

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。

貴院の名称	
※押印可	
所在地	
TEL	
FAX	
ご担当者	

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

受診希望日	※当日の予約はお取りできません。		「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		
-------	------------------	--	-------------------------------	--	--

希望診療科（○をつけてください）					
	総合診療科	月～金		耳鼻咽喉科	月～水（14：00）
	消化器内科	月～金		婦人科	水・金
	脳神経内科	火2・4週・水1・3週		眼科	月～金
	もの忘れ外来	金		小児科	月～金
	循環器内科	水		形成外科	木
	外科	月～金		前立腺専門外来	月～金
	呼吸器内科	火・木		消化器外科専門外来	火～金
	脳神経外科	月・火		ヘルニア専門外来	月～木
	整形外科	月・水・金		正常圧水頭症外来	月（13：30～16：00）
	泌尿器科	月～金		消化器内視鏡専門外来	水

＊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