

申込年月日 年 月 日

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）

貴院の名称

※押印可

所在地

TEL

FAX

ご担当者

※当日受診、救急受診の場合は使用できません。

フリガナ			男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
患者氏名	様					
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		脳神経外科	月・火・金
消化器内科	月～金		正常圧水頭症外来	月(13:30～16:00)
消化器内視鏡専門外来	水		機能神経外科外来	水(13:30～15:00)
脳神経内科	火2・4週・水1・3週		しびれの外科外来	水2・4週(13:30～16:00)
もの忘れ外来	金		整形外科	月・水・金
循環器内科	水		呼吸器内科	火・木
外科	月～金		耳鼻咽喉科	月～水(14:00)
消化器外科専門外来	火～金		婦人科	水・金
ヘルニア専門外来	月～木		眼科	月～金
泌尿器科	月～金		小児科	月～金
前立腺専門外来	月～金		形成外科	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