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	※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（〇をつけてください）					
	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		しびれの外科外来	水2・4週（13:30～16:00）
	脳神経内科	火2・4週・水1・3週		整形外科	月～金
	もの忘れ外来	金		呼吸器内科	木
	循環器内科	水		耳鼻咽喉科	月～水（14:00）
	外科	火・水・木		婦人科	金
	消化器外科専門外来	火～金		眼科	月・水・木・金
	ヘルニア専門外来	月～木		小児科	月～金
	泌尿器科	月～金		形成外科	木
	前立腺専門外来	月～金			

※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

2026.10.