

# 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					大正		
患者氏名	様			男・女	生年月日	昭和	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	※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)					
<input type="checkbox"/>	総合診療科	月～金	<input type="checkbox"/>	整形外科	月・水・金
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	火・木	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	月・火
<input type="checkbox"/>	消化器内科	月～金	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	月～金
<input type="checkbox"/>	脳神経内科	火2・4週・水1・3週	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	月～水(14:00)
<input type="checkbox"/>	もの忘れ外来	金	<input type="checkbox"/>	婦人科	水・金
<input type="checkbox"/>	外科	月～金	<input type="checkbox"/>	眼科	月～金
<input type="checkbox"/>	消化器外科専門外来	火～金	<input type="checkbox"/>	小児科	月～金
<input type="checkbox"/>	ヘルニア専門外来	月～木	<input type="checkbox"/>	形成外科	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・ヘルニア専門外来の診療情報提供書は受診日に持参のみ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