

八戸市立市民病院 予約申込書

※申込書に診療情報提供書の添付をお願いいたします。

当院ID

氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日															
	(旧姓)		<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和																		
住所	〒 -																							
連絡先電話番号	① 【 氏名 続柄 】		② 【 氏名 続柄 】		※複数ご記入ください(患者本人の場合氏名は不要です)																			
受診科 (○をつけてください) 医師の指定がある場合医師名 【 】																								
一般外来	外科	乳腺外科	形成外科	小児外科	泌尿器科	心臓血管外科	呼吸器外科	脳神経外科	漢方内科	整形外科	消化器内科	内分泌・糖尿病内科	総合診療科	循環器内科	呼吸器内科	脳神経内科	歯科口腔外科	産婦人科	眼科	小児科	精神神経科	耳鼻咽喉科	皮膚科	緩和医療科
	特殊外来	腎臓内科	不整脈外来																					
※CD-ROM、フィルムの添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										セカンドオピニオン <input type="checkbox"/>														
それ以外のご連絡先										(受診科へも○をつけてください)														
■妊婦健診(平日15:30~17:00) 12週以降...新周産期センター 72-5071																								
■セミオープンシステムと機器共同利用のご予約、その他のお問い合わせ(平日8:15~17:00) 地域医療連携室(予約センター) 0178-72-5000																								
予約希望日		① 月 日	② 月 日	予約不可日(ある場合)																				
現在の状況 (○をつけてください)		外来		入院中		退院予定等(ある場合)																		

紹介元医療機関名	【 ご担当者様 】
電話番号	
FAX番号	
備考欄	

上記患者様の予約をお取りしましたのでお知らせいたします。外来の患者さんについては、当院から連絡先の方にお知らせしています。入院中の方については、お手数ですが貴院より患者さんにお知らせください。

年 月 日 ( ) 時 分 ( 分前までに来院ください)
診療科 担当医師