

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

氏名		ふりがな		性別		男・女		生年月日		明・大・昭・平												
		(旧姓)								年 月 日												
住所		〒 -																				
連絡先電話番号		① ② ※複数ご記入ください																				
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	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	内分泌・糖尿病内科	神経内科	総合診療科	外科	呼吸器外科	形成外科	小児外科	心臓血管外科	脳神経外科	整形外科	泌尿器科	小児科	産婦人科	眼科	歯科口腔外科	精神神経科	皮膚科	耳鼻咽喉科	緩和医療科
特殊外来	もの忘れ外来	漢方外来	不整脈外来	腎臓内科			それ以外のご連絡先															
							■ 妊婦健診 (平日15:30～17:00) 11週まで…産婦人科外来 0178-72-5111 (内線2233) 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) 医療連携室 0178-72-5000															

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。受診後にご報告させていただきます。

平成 年 月 日 () 時 分
診療科 担当医師