

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (旧姓) | | <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 電話番号 | ① _____ ② _____ 【 氏名 続柄 】 【 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 | 循環器科内科 | 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 |
| | 腎臓内科 | 不整脈外来 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特殊外来 | ※CD-ROM、フィルムの添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 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) 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 | | |