

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 (旧姓)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日																		
住所	〒 -																							
連絡先電話番号	① 【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																							
	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