

# 診療予約申込書

【患者情報・患者家族情報】 ※すべてご記入お願いいたします。

フリガナ		生年月日	性別
氏名	様	大正 昭和 年 月 日( 歳)	男・女
住所	〒 -		
フリガナ		ご連絡先(どちらかをご記入ください)	
患者家族様 氏名	様	(自宅)	
続柄		(携帯)	

【診察希望日】  希望日なし(いつでも可 ※最短の日時でご予約)

【病院側記入欄】

第1希望日	月 日 ( ) (14:00～・15:00～)	家族同伴	<input type="checkbox"/>
第2希望日	月 日 ( ) (14:00～・15:00～)	家族同伴	<input type="checkbox"/>
第3希望日	月 日 ( ) (14:00～・15:00～)	家族同伴	<input type="checkbox"/>

予約確定
予約確定
予約確定

診察可能日: 火(14:00/15:00)・水(14:00のみ)・金(14:00/15:00) (祝日除く)

【患者情報・患者家族情報】

診察後に患者様の送迎を施設まで希望されますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-------------------------	-----------------------------	------------------------------

【施設情報】

施設名(必須)		住所 (必須)	〒 -
担当者名 (必須)			
電話番号(必須)			
FAX番号(必須)			

【備考欄】

--

記入していただいた診療情報提供書、事前問診票をもとに、受診可能か判断いたします。

受診可能な場合、こちらから嚙下内視鏡検査同意書をお送りします。