診療予約申込書

【患者情報】

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	〒　　ー		
電話番号 （家族様）	（自宅）	（携帯）	
FAX番号			

【診察希望日】

☐ 希望日なし（いつでも可　※最短の日時でご予約）

第1希望日	月　　日　（　　）	家族同伴　☐	予約確定
第2希望日	月　　日　（　　）	家族同伴　☐	予約確定
第3希望日	月　　日　（　　）	家族同伴　☐	予約確定

【病院側記入欄】

診察可能日：火(14:00/15:30)・水(14:00のみ)・金 (14:00/15:30)（祝日を除く）

【診察後の送迎希望】

診察後に患者様の送迎を施設まで希望されますか。　☐ はい　☐ いいえ

【連絡先】

施設名	
担当者氏名	様　（役職　　）
住所	〒　　ー
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

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、こちらから嚥下内視鏡検査同意書をお送りします。

医療法人博愛会
広野高原病院