

診療予約用

藤田医科大学 ばんだね病院 ファクシミリ診療予約申込書

■ 紹介元医療機関 様 年 月 日

所在地

医療機関名

科 名 科 <TEL - - >

医師名 先生 <FAX - - >

■ ご希望の診療科に✓を入れてください。

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 循環器内科 | ☐ 呼吸器内科 | ☐ 消化器内科 | ☐ 腎臓内科 |
| ☐ 内分泌内科 | ☐ 脳神経内科 | ☐ 小児科 | ☐ 外科・小児外科 |
| ☐ 形成外科 | ☐ 脳神経外科 | ☐ 整形外科 | ☐ 皮膚科 |
| ☐ 泌尿器科 | ☐ 産・婦人科 | ☐ 眼科 | ☐ 耳鼻咽喉科 |
| ☐ リハビリテーション科 | ☐ 総合アレルギー科 | ☐ 心臓血管外科 | ☐ 呼吸器外科 |
| ☐ 美容外科 | | | |

☐ 指定医師なし ☐ 指定医師あり (医師)

☐ いつでもよい	☐ 予約希望日	第1希望日	年	月	日 ()
		第2希望日	年	月	日 ()
		第3希望日	年	月	日 ()
紹介主訴					

■ 患者さんの情報をご記入ください。

フリガナ	姓	名	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和
患者氏名				年 月 日 生まれ
郵便番号				当院 ID: ()
現住所				
電話番号	自宅 ()	—	携帯 ()	—

※診療情報提供書は予約日の2営業日前までにFAX送信ください。

※予約受付後、「紹介患者診療予約票」をFAXにて返信いたしますので、患者さんにお渡しください。

藤田医科大学 ばんだね病院 医療連携室 TEL : 052 - 323 - 5918 ・ 5927

FAX : 052 - 323 - 5726

予約受付時間 : 平日 ... 8:45 ~ 19:00 土曜日 ... 8:45 ~ 12:30

2023.7~

予約受付時間 : 平日 ... 8:45 ~ 19:00 土曜日 ... 8:45 ~ 12:30