

診療予約申込書

年 月 日

医療法人社団曙会 シムラ病院
患者支援センター 宛

紹介元医療機関名

所在地

名 称

医師名

担当者名

T E L

F A X

TEL : 082-231-6720 (内線6360)

FAX : 082-292-8680

受付時間 8 : 30~17 : 30 (月~金)

* 申込み時間（受付時間）によって返事等は翌日以降となります

フリガナ			生年月日 (明・大・昭・平・令・西暦)	性別 ☐ 男 ☐ 女
患者氏名			年 月 日	(歳)
住所	〒 (-)			
電話番号 必要時②	①本人 ※自宅/携帯で連絡が取りやすい方を記載	() -	②家族 (続柄) ()	() - ※自宅/携帯で連絡が取りやすい方を記載
当院受診歴	☐ あり ☐ なし ※当てはまるものにチェック			
希望診療科	☐ 外科 ☐ 内科 ☐ 循環器 ☐ 内科内視鏡 ☐ 整形外科 ※関節センター（膝・股関節・肩・手・肘）			
希望医師	☐ あり 医師名 () ※医師への連絡 ☐ 済 ☐ 未 ☐ なし			
受診希望日	☐ 翌日を含む いつでもよい ☐ 早め（急ぎ） ☐ 月 日以降であればいつでも可 ☐ 希望日 第一希望 (月 日) 第二希望 (月 日) 第三希望 (月 日)			
主病名・症状	※診療情報提供書（紹介状）を併せて送信ください			
入院希望	☐ あり ☐ なし 「あり」の場合、医師間での連絡 ☐ 済 ☐ 未			
その他				

※ご記入いただいた個人情報は、医療の提供目的以外には使用致しません

コピーしてご利用ください