

診療予約申込書（FAX送信用）

千葉メディカルセンター 地域医療連携室 行

予約受付時間：平日 8:30～17:00
土曜 8:30～12:00

直通FAX: 043-261-6899
直通TEL: 043-261-8199

令和 年 月 日

医療機関名	
診療科	
医師名	
TEL	
FAX	

※ ご希望通りに予約が取れないこともありますので、その際はご連絡します。

希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 : 令和 年 月 日 曜日
	<input type="checkbox"/> 第2希望 : 令和 年 月 日 曜日
	<input type="checkbox"/> いつでもよい

○印																					
診療科可能	内科 (糖尿病外来)	呼吸器内科	血液内科	腎臓内科	神経内科	リウマチ・膠原病内科	消化器内科	外科	消化器外科	整形外科	形成美容外科	脳神経外科	婦人科	小兒科	眼科	皮膚科	泌尿器科	心臓血管外科			
医師宛名																					
備考	※一般内科、循環器内科、産科、不妊治療センター、歯科口腔外科についてはお問い合わせください。																				

フリガナ				性別	生年月日		
患者氏名				男・女	年 月 日 (歳)		
患者住所				電話番号			
当院受診歴	有・無・不明			ID			

主訴 傷病名			
紹介目的 症状等			
	<input type="checkbox"/> 紹介状FAX送付のため、別紙参照		
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 独歩(要介護)	<input type="checkbox"/> 車イス
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		