

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 予約可能	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	小児科	眼科	皮膚科	泌尿器科		心臓血管外科
																	泌尿器科	女性泌尿器科	
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	
			携帯番号	
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