

湖東記念病院 診察予約申込書

年 月 日

紹介元	医療機関名						
	医師名	科					
	連絡先	TEL	-	-	FAX	-	-

診療依頼	受診科	科					
	医師指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医師)
	希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	*検査依頼 (MR検査・CT検査・RI検査) はお電話ください。 下記受付時間外は病院代表(放射線科あて)へお願いいたします。						

紹介目的 (病名・症状など)

患者基本情報

ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 外来中 <input type="checkbox"/> 入院中	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日 () 歳
電話番号	-	携帯電話	-
住所	《 - 》		
保険情報	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他		

医療法人社団 昴会 湖東記念病院 地域医療連携室

受付時間：平日 8:30~17:00 第2・4土曜 8:30~12:15 (日,第1・3・5土,祝,年末年始を除く)

*受付時間外のFAX受信については翌営業日の返信となります。

*申込当日の診察はご予約いただけません。また、受付時間以降は翌日の診察予約はお取りできません。

TEL 0749-45-4512 (直) FAX 0749-45-3335 (直)

TEL 0749-45-5000 (代)