

診療予約申込書(FAX専用)

FAX送信先

0287-38-2787(地域医療連携室)

紹介元医療機関

名称		担当医師名	
所在地		(診療科)	
電話			
FAX			

(ゴム印でも可)

当院希望診療科・日時等

希望診療科			
依頼内容			
第1希望診察日	年	月	日 () 時
第2希望診察日	年	月	日 () 時
第3希望診察日	年	月	日 () 時

受診される方

当院受診歴	無 有 (お持ちの場合 : 診察券番号)		
フリガナ		性別	
氏 名		男 女	生年月日 年 月 日 (歳)
住 所	〒		電 話 ()

国際医療福祉大学病院 ・ 地域医療連携室

〒329-2763 栃木県那須塩原市井口537-3

電話0287(38)2786 FAX0287(38)2787

《 予約通知書 》

国際医療福祉大学病院

下記の通り予約をお取りいたしました。

予約日時	平成	年	月	日 ()	時	分
受 診 科	科					
担当医師						
ID (診察券) 番号	() 様					

ご案内

1. FAXによる診療予約申込の受付時間は、診療日前日の午後4時までとなります。
(診療前日が休日の場合は直近の平日)
2. FAX受診後、診療予約が取れ次第お電話にて報告の上、上記「予約通知書」をFAXします。
3. 患者様受診の際は、総合受付に紹介状・保険証等及び上記「予約通知書」(返書済)を添えて提出して下さい。
4. 診療日・時間につきましては、ご希望に添えない場合もございますのであらかじめご了承下さい。