

# 診療予約申込書

登米市立登米市民病院  
 地域医療連携室 行  
 直通電話：0220-44-4732  
 F A X：0220-20-7122

送信元	令和	年	月	日
医療機関名				
医師名				
TEL	( )	-		
FAX	( )	-		

## <予約受付時間>

月～金曜日 8:30～17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

※申込の際は、必ず診療情報提供書を併せてお送りください。

※緊急の場合には、この用紙は使用せず、当院代表(0220-22-5511)に電話し、直接各科外来へお問い合わせください。

## <患者基本情報>

フリガナ		性別	生年月日		年齢
患者氏名	(旧姓 )	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 大昭平令	年 月 日生	
住所・電話	〒 -		連絡先電話番号 - -		

## <受診希望科(医師)>

<input type="checkbox"/> 一般内科	<input type="checkbox"/> 消化器	<input type="checkbox"/> 循環器	<input type="checkbox"/> 糖尿病	身長 ( cm)	体重 ( Kg)
<input type="checkbox"/> 呼吸器(SAS)	<input type="checkbox"/> 呼吸器(SAS以外)	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 整形外科	
医師名			紹介目的		
担当医の指定がある場合			<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

<受診希望日> 希望がない場合は、最短の日程でお取りします。

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	第1希望： 月 日	第2希望： 月 日
----------------------------	----------------------------	-----------	-----------

※希望に合う日程で調整できない場合もありますのであらかじめご了承ください。

<保険情報> ※保険証等の写しを添付していただいた場合は記載不要です。

保険者番号		本人 家族	負担割合	
記号・番号			<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割
公費負担番号				
受給者番号				

当院の受診歴の有無  不明  無  有 (いつ頃： )