

診療予約申込書 (FAX送信用)

医療機関用

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 9:00~17:00

土曜 9:00~12:00

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、その際にご連絡します。

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	呼吸器内科	血液内科	神経内科	消化器内科	外科	消化器外科	乳腺外科	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	耳鼻いんこう科	心臓血管外科
医師名																	
備考	内科、循環器内科、産科、不妊治療センター、歯科口腔外科・歯科 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	大・昭・平・令 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"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー