

東海大学医学部付属病院 診療予約申し込み様式 <患者さん専用>

FAX 0463-93-1125

※ご注意（必ずお読みください）

①予約希望日は**申込日より3日目以降（休診日を除く）**の診療をご予約できます。

②医師の指定がある場合は、指定医師が初診を担当する曜日のご予約となります。

③**予約時間は受付時間であり、診療時間ではありませんので、ご承知おきください。**

④返信は、診療予約申し込み様式に記載した患者さんの連絡先に平日の9時から17時にご連絡いたします。

土曜日（第1・3・5）の9時から15時にご連絡いたします。

下記内容に未記載があると調整ができない場合がございます。□はし点を記載してください。

お名前・性別	氏 名		□男 □女
旧姓	当院の診療カード番号		
生年月日	□明治 □大正 □昭和 □平成 □西暦 年 月 日生（ 歳）		
現住所	〒 （都道府県および建物名の記載までお願いします）		
連絡先 （日中に連絡が 取れる電話番号 をご記入くだ さい）	自宅電話	—	—
	携帯電話	—	—
	その他	—	—（ 様）
紹介元医療機関	医療機関名 電話 — —		
紹介状の受領日	年 月 日 ※受診希望日から6ヶ月以内に受領した紹介状のみ有効。		
受診科 （紹介状の封筒に 記載されている 診療科）	☐ 循環器内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 消化器内科（ ☐ 肝臓 ☐ 胆嚢 ☐ 膵臓 ☐ 胃 ☐ 大腸） ☐ リウマチ内科 ☐ 神経内科 ☐ 腎内分泌代謝内科 ☐ 移植外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 乳腺内分泌外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科（ ☐ 脊椎 ☐ 手 ☐ 肩 ☐ 骨腫瘍） ☐ 形成外科（ ☐ レーザー治療 ☐ その他の治療） ☐ 泌尿器科 ☐ 口腔外科（ ☐ 抜歯 ☐ その他の治療） ☐ 婦人科 ☐ 皮膚科 ☐ 耳鼻咽喉科（ ☐ 耳 ☐ 鼻 ☐ 喉 ☐ 腫瘍） ☐ 眼科 ☐ 小児外科 ☐ 精神科 ☐ 放射線治療科 ☐ （ 科） ※ 総合内科・血液腫瘍内科・消化器外科・小児科・産科・遺伝子診療科の予約申し込みは、紹介元医療機関からのみ ご予約を受付けています。患者さんからの申し込みはできません。		
（医師名）	□紹介状に記載されている医師名（ ）先生宛 □医師名なし		
症状			
予約希望日時 （8時～ 10時30分 まで）	☐ いつでも可 ☐ 希望日あり（以下の第1～3希望日の記入をお願いします） 第1希望日：20 年 月 日（ ） 午前 時 分頃 第2希望日：20 年 月 日（ ） 午前 時 分頃 第3希望日：20 年 月 日（ ） 午前 時 分頃		
病院使用欄			