

患者 ID
※当院記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

天理よろづ相談所病院 初診紹介患者予約申込書

(予約専用 FAX 番号 0743-63-6158) ※診療情報提供書と一緒に FAX してください。

受付時間: 月～金 9:00～16:30(祝日および 12/29～1/3 を除く) ※FAX は 24 時間受信可能です。

年 月 日

希望診療科

紹介元医療機関名

科

希望担当医

医師

医療機関名			
所在地			
担当診療科			
医師名			
担当部署		担当者	
電話番号			
FAX 番号 (予約票送付用)			

患者情報

フリガナ			性別	旧姓
患者氏名			男 女	
生年月日	大 昭 平 令 西暦 年 月 日 (歳)			
住 所	〒 -			
自宅番号		携帯電話		
診療情報	※必ず貴院の診療情報提供書と併せて FAX で送信してください。 ※診療情報提供書の原本は患者さんにお渡しのうえ、受診当日にご持参いただくようご案内ください。			
持参資料	☐ 血液検査 ☐ X 線 ☐ CT ☐ MRI ☐ 内視鏡 ☐ 心電図			
貴院の状況	☐ 通院中 ☐ 入院中(退院予定日:) ☐ 施設入所中			
待ち状態	☐ 貴院で待機中 ☐ 帰宅済			
希望日	☐ 3 日以内 ☐ 1 週間以内 ☐ 2 週間以内 ☐ 1 ヶ月以内 ☐ いつでもよい			
	受診希望日・曜日など		都合の悪い日・曜日など	

※注意事項

- ① 担当医師および受診希望日について、ご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。
- ② 予約日の調整に医師への確認が必要な場合は、回答までにお時間をいただくことがございます。その際は、当院から紹介元医療機関のご担当者様へお電話でご連絡いたします。
- ③ 予約申込書を FAX 送信後、30 分を過ぎても診察予約票が届かない場合、または②の連絡がない場合は、お手数ですが下記までご連絡くださいますようお願いいたします。
- ④ 受付時間外に到着した FAX につきましては、翌受付日に対応いたします。