

FAX 番号 0293-46-7080

北茨城市民病院 予約申込書

※ 診療情報提供書を添えてお申し込みください。

北茨城市民病院 地域医療連携相談室

TEL : 0293-46-1121 (代)

FAX : 0293-46-7080

年 月 日

◆紹介医療機関

医療機関名	TEL
医師名 先生	FAX
担当者名	様

◆予約内容 (予約内容の番号に○印を付けてください。)

① 入院予約	② 診察予約	③ 検査予約
病名・症状		

◆受診診療科 (受診する診療科コード番号に○印を付けてください。)

① 内科	② 循環器内科	③ 外科	④ 呼吸器科	⑤ 整形外科	⑥ 脳神経外科	⑦ 小児科	⑧ 泌尿器科	⑨ 産婦人科	⑩ 眼科	⑪ 歯科口腔外科	⑫ 耳鼻いんこう科	⑬ 皮膚科	⑭ その他
希望医師名 (希望する医師があればご記入ください。)													

◆予約日時の希望 ① 予約日を指定する ② 特に指定しない

予約希望日	第1希望	月	日	曜日
	第2希望	月	日	曜日

※ 診療の都合上、ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

フリガナ		受診状況	性別
患者氏名		外来・入院中	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日	(歳)
住 所	〒 - TEL : ()		
受 診 歴	有 (年 月頃、当院ID :) ・ 無		
保険種類	健保 (国保・社保・共済) 高齢 (前期・後期) 労災 自賠 生保 その他 ()		