

FAXによる診療予約申込書

※FAX予約受付時間 平日の午前9時から午後4時30分まで

山形県立新庄病院 地域医療部 宛

【TEL 0233-28-7276】

令和 年 月 日

【FAX 0233-28-7277】

医療機関名	:	
医師名	:	
電話	:	- -
F A X	:	- -

1 患者情報（★の項目は、必ずご記入ください。）

(フリガナ)

★氏名

★性別

男 ・ 女

★電話番号（自宅）

- -

(携帯電話)

- -

★住所

〒 市町村

★生年月日

明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

☆新庄病院の受診歴（○で囲んで下さい。）

有	診察券番号	-	-
無			

2 診療希望科（受診を希望する診療科及び専門を○で囲んで下さい。）

内科（呼吸器・消化器・循環器・血液・腎臓・脳神経・腫瘍内科・緩和ケア内科・栄養指導）

小児科・外科・乳腺外科・整形外科

形成外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科

病名または症状を必ずご記入ください。

3 希望診療医師名（診察を希望する医師がいる場合はご記入ください。）

医師

4 診療希望日（該当部分を○で囲んでください。）

明日 ・ 1週間以内 ・ 2週間以内 ・ その他（希望日： 月 日（曜日））

お申し込みいただき、ありがとうございました。
20分以内に、当院から予約結果をFAXで送付いたします。