外来診療予約申込書

|  |
| --- |
| FAX送付先024-934-5328 |

【宛先】

一般財団法人脳神経疾患研究所　附属

総合南東北病院　/　南東北医療クリニック

福島県郡山市八山田7-115

連携室直通電話番号：0120-60-5533

申込日：　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予約情報 | 傷病名 |  | | | | |
| 希望診療科 |  | | 希望医師 | 有（　　　　　　　）  無 | |
| 希望日・都合など |  | | | | |
| 受診者情報 | ※下記の受診者情報は、診療情報提供書等に記載がある場合は省略可能です。 | | | | | |
| 氏名 | フリガナ |  | | | 性別 |
|  | | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 当院受診歴 | 有　・　無　・　不明 | | | | |
| 紹介元医療機関 | 医療機関名 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| FAX番号 |  | | | | |
| 担当者名 |  | | | | |
| 備考 | □　予約依頼  □　患者さんから予約します。  □　予約取得済 | | | | |

※緊急紹介（即日）の場合は、お電話にて問い合わせをお願い致します。

※診療情報提供書、COVID-19問診票を添えてお申し込み下さい。

※紹介内容により、予約取得まで数日お時間を頂く場合がございます。