

FAX 番号 0293-46-7080

北茨城市民病院 予約申込書

※注：診療情報提供書を添えて申込下さい。
 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

平成 年 月 日

◆紹介医療機関

医療機関名	コード番号(注)	TEL
医師名	先生	FAX
担当者名		様

◆予約内容（予約内容の番号に○印を付けて下さい）

①入院予約	②診察予約	③検査予約
病名・症状		

◆受診診療科（受診する診療科のコード番号に○印を付けて下さい）

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	⑪ 歯科・口腔外科	⑫ 耳鼻咽喉科	⑬ 皮膚科	⑭	⑮
希望医師名（希望する医師があればご記入下さい）										医師コード（別表参照）				

◆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、ご希望にそえない場合もございますので予め御了承願います。

フリガナ 患者氏名	受診状況		性別 男 女
	外来 ・ 入院中		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒 - TEL		
受診歴	有 (年 月頃) ・ 無 当院ID :		
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 ()		