

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

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眼科	⑪歯科・口腔外科	⑫耳鼻咽喉科	⑬皮膚科	⑭麻酔科	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・令和 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 ()		