

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】
【FAX 0233-28-7277】

平成 年 月 日

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 ★電話番号

★住所 〒

★生年月日 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・糖尿病・神経内科・栄養指導・その他 ())

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

病名又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。)

4 診療希望日 (該当部分を○で囲んでください。)

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、当院から予約票をFAXで送付いたします。