

# 診察予約申込書

<JA静岡厚生連 清水厚生病院 病診連携室>

FAX 054-371-9567

令和 年 月 日

医療機関名称

所在地

医師の氏名

Tel

fax

フリガナ		性別
紹介患者名		男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	
住所	〒 -	
電話番号	* 日中連絡の取れる番号の記入をお願いします。	
受診歴	有 ・ 無	お分かりになれば番号の記入をお願いします。 (ID: — )
紹介科名	眼 科	
医師	浅井 医師	
受診希望日	月 日 ( )	
特記事項		

※ この用紙を、診療情報提供書と共に、FAXで清水厚生病院病診連携室宛に送信して下さい。

※ 申込み受付後、病診連携室より『病診連携・予約表』を送信させていただきます。  
医師確認後に診察日が決定致しますので、お時間を頂きます。

※ 予約日が決定しましたら、清水厚生病院より患者様へ連絡をさせていただきますので、連絡の  
取れる番号の記載をお願い致します。

※ 当日は保険証・(お持ちの方は診察券)をご持参下さい。

問い合わせ先: 清水厚生病院 病診連携室

☎ 054-371-9566