

診察予約ファックス申込書

FAX送信先

0287-26-1081(地域医療連携室 行)

予約者(記入者): _____ 受診者との関係: _____

<連絡先: _____ >

受診される方

当院受診歴	無	有 (ID番号 _____)		
フリガナ	_____	性別 _____	生年月日	明治 大正 昭和 平成
氏名	_____	男 女	_____	年 月 日 (歳)
住所	〒 _____			
TEL	_____ ()		自宅以外	
TEL(緊急連絡先)	_____ ()		< _____ >	
保険種類	国保 社保 後期高齢者 その他(_____)			

紹介元医療機関

名称	_____	担当医師名	_____
所在地	_____	(診療科)	_____
電話	_____		
FAX	_____		

当院希望診療科・日時等

希望診療科・医師	_____ 科 医師
依頼内容	_____
第1希望診察日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時
第2希望診察日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時
第3希望診察日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時

※ご記入なさらなくてください

予約日	H _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時
	科 担当医師: _____

医療法人社団 亮仁会 那須中央病院 地域医療連携室 担当 飯田・江連
〒324-0036 栃木県大田原市下石上1,453
TEL:0287-29-2121(代) 0287-29-2152(直通)
FAX:0287-26-1081