初診事前予約申込書

FAX　047-324-8539

●医療機関情報　ご記入欄　（太枠すべてご記入下さい）　　お申込日：　　年　　月　　日

紹介元 医療機関名		電話番号	
		担当医師	
		申込担当者	

●患者様情報　ご記入欄　（太枠すべてご記入下さい）

ふりがな					性別	生年月日					
患者氏名					男・女	西暦　　年　　月　　日（　　歳）					
紹介目的 傷病名/主訴					住所						
					電話番号			受診歴		あり・なし	
診療科 （☑をご記入下さい）		内科(一般内科)		内科(糖尿/内分泌)		内科(腎臓)		内科(血液)		内科(膠原病)	
		消化器内科		呼吸器内科		神経内科		心臓血管外科(胸部大血管)			
		循環器内科		外科		外科(乳腺)		外科(血管外科/腹部大血管)			
		呼吸器外科		脳神経外科		整形外科		泌尿器科		産婦人科	
		皮膚科		形成外科		小児科		小児科(アレルギー外来)		小児科(頭のかたち外来)	
		眼科		耳鼻咽喉科		歯科・口腔外科		口腔がんセンター		リプロダクションセンター	
医師のご希望	なし・あり　（　　医師）										
日時のご希望	なし・あり　①　月　日（　）　②　月　日（　）　③　月　日（　）										
その他 連絡事項											

-----------　✂キリトリ✂　-----------

●予約日時 ご記入欄（当院より医療機関様にお電話をいたします。予約日時をご記入のうえ、患者様にお渡しください）

予約日時	年　　月　　日　（　　）　　：		
診療科	科	担当医	医師

【来院時間】ご予約時間の15分前に初診受付窓口へお越しいただき、本紙をご提示ください。
【持ち物】　①本用紙 ②紹介状(診療情報提供書等)③マイナンバーカードまたは資格確認書
④診察券(受診歴がある) ⑤公費受給者証(公費使用の方)

ご予約受付時間：月曜日～金曜日　9：00～17：00　土曜日　9：00～12：00

※休診日、時間外の場合は、翌開院日の対応となります。

国際医療福祉大学市川総合病院

患者支援センター　地域医療連携室　TEL　047-322-0151