

診療予約申込書

年 月 日

(宛先) 春日井市民病院長

FAX 0568-82-9345

医療機関名 _____

紹介医師名 _____

電 話 _____

F A X _____

I 予約方法・日時

↓ご利用になる予約方法に○印をつけてください。((1)・(2)のいずれか)

<input type="checkbox"/>	(1) 電話予約	予約日時	年	月	日	(時	分)		
<input type="checkbox"/>	(2) FAX予約	※下記に希望日、希望曜日を記入してください。								
※希望日		①	月	日	②	月	日	③	月	日
※希望曜日			月	火	水	木	金			
		○印をつけてください								

2 診療科・医師の指定

受診する診療科に○印をつけてください。★医師を指定する場合は記入してください。

内科	血液・腫瘍内科	腎臓内科	糖尿病・内分泌内科
脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科
メンタルヘルス科	小児科	外科	整形外科
形成外科	脳神経外科	呼吸器外科	心臓外科
血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科
眼科	耳鼻咽喉科	放射線治療科	歯科口腔外科
★医師の指定	なし	あり⇒	医師

3 受診者情報

フリガナ	春日井市民病院登録番号 (I D)		
氏 名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 女
住 所	〒		
電話番号	春日井市民病院の受診歴 有 無		