

【聴覚障害者の(電話予約が利用できない)方からの申込専用です】
※電話予約が可能な方のご利用には対応できません。あらかじめご了承ください。

受付No. _____

送信先: 都立墨東病院 予約センター

FAX: 03-3633-6180

※お返事は8:30 ~ 17:00(日曜祝日を除く)の間にお送り致します

FAXによる外来診療予約申込書

必要事項をご記入の上、予約センターまでFAXをお願いいたします。

ふりがな			
氏名:	(男・女)	診療券番号:	
		※当院の診療券をお持ちでない方は空欄のままで結構です。	
生年月日:		FAX番号:	
(その他連絡先あれば記入) 氏名		続柄()	電話番号:
紹介状(有・無)	紹介元の病院名:		
外来担当医表などで診療科や担当医の外来日を確認の上、ご希望の日付等を記載してください 既に予約した日時を変更したい場合は、以下の変更欄に☑を入れ、変更前の予約内容を記入ください。			
<input type="checkbox"/> 予約日時の変更(変更前の予約日時: 月 日 時 医師)			
第1希望	希望日	診療科	医師
	平成 年 月 日()	科	医師
第2希望	希望日	診療科	医師
	平成 年 月 日()	科	医師
第3希望	希望日	診療科	医師
	平成 年 月 日()	科	医師
現在の症状や相談内容について具体的に記載してください			
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>			
備考(ご不明な点等ございましたらこちらへ記載してください)			
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>			

病院記入欄(返信用となりますので記入不要です)

ご予約を承りました
予約日は 平成 年 月 日() 時 分 ~
担当は 医師です
受診の際は、この申込書と紹介状、保険証、診察券を持参の上、【総合案内・新患受付】までお越しください。

ご希望の日時で予約をお取りできませんでした