

年 月 日

FAX診療予約申込書

FAX:0285-44-5397 受付時間 平日 9:00~15:00

医療機関名													
所在地	〒 ー												
	電話:	Fax:											
診療科名							医師名						
患者情報							自治受診:有(ID:)・無						
フリガナ							男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦				
患者氏名	(旧姓:)								年 月 日(歳)				
住所	〒 ー												
	電話:												
病名(主訴)													
保険証	記号				番号				公費負担番号				
	保険者番号								受給者番号				
	資格取得				有効期限				有効年月日				
	被保険者名												

予 約 希 望

診療科名							医師名						
第一希望	年 月 日(曜日)												
第二希望	年 月 日(曜日)												

*** 受付時間外は、翌日以降の対応になります。**

- * FAXは、受診希望日の前日までにお送りください。
- * 希望診療科は、専門別(心臓血管外科等)でご記入願います。
- * 希望医師が不在等の場合は、他の医師が診察することがあります。
- * 診療時間の指定はできませんのでご了承ください。
- * 初診受付は、8:30~11:00 です。

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

自治医科大学附属病院 患者サポートセンター地域医療連携室

TEL:0285-58-7109