

※ 該当項目に記入もしくは○をつけてください。

申込日            年    月    日

|                    |         |         |
|--------------------|---------|---------|
| 内 科<br>(内・糖・呼)     | 消化器内科   | 循環器内科   |
| 外 科<br>(肛門・消・乳・甲)  | 整 形 外 科 | 皮膚・形成外科 |
| 泌尿器科<br>(ウロキ・男性不妊) | 婦 人 科   | 眼 科     |
| 耳鼻咽喉科              | 希望医師名   |         |

|        |  |
|--------|--|
| 医療機関名: |  |
| 所在地:   |  |
| T E L: |  |
| F A X: |  |
| 診療科:   |  |
| 医師名:   |  |

病名 / 主訴

病 名 / 主 訴

| 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 | 都合の悪い日 |
|-------|-------|-------|--------|
|       |       |       |        |

|      |                                 |                     |
|------|---------------------------------|---------------------|
| フリガナ |                                 | 生年月日                |
| 氏 名  |                                 | 男・女 年 月 日           |
| 住 所  | (〒      )                       | 自 宅<br>TEL          |
|      |                                 | 携 帯 T<br>EL         |
| 患者状況 | 外来患者 / 入院患者(DPC・出来高) / 待機中 / 帰宅 | ADL                 |
|      |                                 | 独 歩 / 車イス / ストレッチャー |

|       |      |        |        |     |     |  |  |
|-------|------|--------|--------|-----|-----|--|--|
| 内視鏡検査 | 胃    |        |        |     |     |  |  |
| 心 電 図 | ホルター | マスター負荷 | トレッドミル |     |     |  |  |
| 超音波検査 | 腹 部  | 乳 腺    | 甲状腺    | 心 臓 | 血 管 |  |  |

★ご都合の良い日に診療予約をさせていただきます。

|  |
|--|
|  |
|--|

[illegible]