

F A X 診 療 予 約 申 込 書

独立行政法人

国立病院機構 千葉医療センター

地域医療連携室宛 FAX 043-251-5320 (直通)

令和 年 月 日

貴 院 情 報 (ゴム印可)

医療機関名

医 師 氏 名

所 在 地

T E L

F A X

診 療 科

希望医師名 _____ 医師 ・ 特になし

受診希望日① 令和 年 月 日 時

受診希望日② 令和 年 月 日 時

その他希望

別紙「連携室予約可能時間」にてご確認の上、ご記入ください。

(混雑状況の違いにより優先的にご予約をお取りできる時間帯が診療科によって異なります。)

患 者 情 報

フリガナ

性 別

男 ・ 女

氏 名

生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)

住 所

T E L

主訴又は傷病名

病状

今までに国立病院機構千葉医療センターに受診したことが (ある ・ ない ・ 不明)

- ① こちらの申込書に必要事項をご記入の上、受診希望日の前日までに FAX にてご連絡ください。
折り返し、受診日が確定した「受診案内票」をお送りいたしますので、患者様にお渡しください。
17 時以降の FAX 受付分は、翌日速やかにお返事いたしますのでよろしくお願いいたします。
- ② 電話での診療予約の申込みもできますが、事前にカルテを作成するため、この用紙は予約後、FAX にてお送りください。

ご不明な点は地域医療連携室 TEL / FAX : 043-251-5320 (直通) までお問い合わせください。

受付時間 月～金曜 8 : 30～17 : 00 (土・日・祝日・年末年始 12/29～1/3 を除く)