湘南慶育病院　診療予約申込書（FAX）

FAX番号　0466-41-9263（地域医療連携室直通）

記載日　　年　　月　　日

貴医療機関名		紹介医師氏名	
住所	〒　　－ TEL　　（　　） FAX　　（　　）		

【患者情報】

フリガナ		性　別	生　年　月　日
患者氏名	（旧姓	男　・　女	大正 昭和 平成 令和　年　　月　　日（　　歳）
患者住所	〒　　－ TEL　　（　　）		
当院への通院歴	あり・なし		
貴院での状況	外来通院中・入院中（退院予定日：　　月　　日頃）：独歩・車椅子・ストレチャー		

【診療科一覧】

☐　総合診療内科	☐　脳神経内科	☐　呼吸器内科	☐　循環器内科	☐　腎臓高血圧内科
☐　糖尿病内科	☐　消化器内科	☐　外科消化器外科	☐　整形外科	☐　眼科
☐　耳鼻咽喉科	☐　皮膚科	☐　泌尿器科	☐　物忘れ外来	☐　心療内科
☐　鍼灸（自費）				

※ご希望される診療科に☑をお願いします。

※希望医師がある場合のみ下記にご記入ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師　宛

来院日の都合が悪い日	

①お電話または本紙を当院へＦＡＸお願いします。

②本紙Fax後、一両日中（平日）に当院より返答がない場合はお手数ですが問合せをお願いします。

③当院にて受付後、「診療予約票」をＦＡＸにてお送りしますので、患者さんにお渡しください。

医療法人社団健育会　湘南慶育病院　地域医療連携室　　予約受付時間：平日　９：００～１７：００

〒252-0816　神奈川県藤沢市遠藤4360　TEL 0466-48-0051（直通）　FAX 0466-41-9263（直通）

2021年6月1日