

# 診察予約申込み書（FAX予約用）

神戸アドベンチスト病院  
 患者支援室行 FAX/TEL 078-981-0233  
 TEL 078-981-0161（代）

平成 年 月 日

紹介元医療機関名			
住所	〒 -		
診療科		医師名	
申し込み担当者	部署	担当者名	
担当者TEL	( ) -	FAX	( ) -
予 約 診 療 科		総合内科	ペインクリニック
		循環器内科	婦人科
		消化器内科	不妊センター
		外科	産科
		整形外科	小児科

**【患者情報】**

氏名	フリガナ	生年月日	T・S・H 年 月 日
住所	〒 -		
TEL	( ) -	連絡先	( ) -
当院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり 登録番号 ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
予約希望日	第一希望	月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 希望日なし
	第二希望	月 日 ( )	都合の悪い日
	希望曜日	曜日	
《予約待ち状況》		予約時に希望医師がある場合はご記入ください	
<input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて外来待機中		<input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関に入院中	
<input type="checkbox"/> 帰宅され、ご紹介元医療機関からの連絡待ち		<input type="checkbox"/> その他	

上記ご記入の上、診療情報提供書を必ず添えてFAX送信をして下さい。