岡谷市民病院 地域医療連携室　行
【ＦＡＸ番号：0266-23-8011】

岡谷市民病院　診療予約申込書

年　　月　　日

紹介元医療機関	名　称	
	医師名	

受　診　科	科
医　師　名	（医師の指定がない場合は受診科名だけご記入下さい）
診察依頼内容 （診療情報提供書を同時に送っていただく場合は記入不要です）	＊簡単に病状等記入して下さい （例）便潜血(+)精査・下部内視鏡依頼 ＊整形外科は部位を記入して下さい （例）右膝痛・腫脹

患者情報	フリガナ		ID	
	患者氏名		性別	男・女
	生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日（　　才）	当院への受診歴	
	電話番号	＊（当院より確実に連絡がつく電話番号をお書きください）	あり　・　なし	
受診希望日	第一希望:　　月　　日（　　）／ 第二希望:　　月　　日（　　）			
	・いつでも良い	・　　週間以内の診療を希望		
	・都合の悪い日			

・FAX受付時間；平日8：30～17：15（休診日を除く）
※17：00以降は翌診療日のお返事となります

・お急ぎの場合は電話をお願いいたします。

・診療情報提供書ができましたら、お手数ですが連携室にFAXをお願いします。
原本は受診当日ご持参下さい。

2023.7.5