


予 約 票 (当日持参用)

紹介元医療機関

名 称 _____
 診療科名・医師名 _____
 所在地 (〒 _____) _____
 申込担当者 _____
 TEL _____ FAX _____

〒340-8560 埼玉県草加市草加2-21-1
 草加市立病院 地域医療連携相談室 宛
 TEL : 048-946-2200 (代表)

◎TEL受付時間
 休診日以外の午前8時30分から午後5時まで
 ◎休診日
 日曜、祭日、国民の休日、第2・第4・第5土曜日、
 12月29日から翌1月3日まで

フリガナ

患者氏名 _____ 様 男・女 T・S・H・R _____ 年 月 日生(歳)

ご予約は専用ダイヤル **048-946-2305** までお電話ください。

受付時間 平日(月)～(金) 8:30～17:00

第1・3土曜日 8:30～12:00

・変更やキャンセルも予約専用ダイヤルまでご連絡ください。



- 持ち物 1 予約票(本紙) 2 紹介状(診療情報提供書)・検査データ
 3 保険証・公費医療証 4 当院の診察券(お持ちの方) 5 お薬手帳(お持ちの方)
 ※予約時間の30分前までに総合受付1番窓口で受付をしてください。

予約日時	年	月	日()	時	分
希望診療科	※該当項目に○印をつけてください。				
・総合内科	・神経内科	・膠原病内科	・乳腺外科	・循環器内科	・呼吸器内科
・消化器内科	・外科	・小児科	・耳鼻咽喉科	・心臓血管外科	・整形外科
・眼科	・皮膚科	・脳神経外科	・泌尿器科	☆歯科口腔外科	・呼吸器外科
・血液内科	☆腎臓内科	・緩和ケア科	・内分泌代謝内科	・婦人科	
検 査					
☆放射線科 (CT / MRI / RI / リニアック / その他)	☆検査科 (エコー / 脳波 / その他)				
専門外来	☆肺がん検診 (CT)		☆糖尿病腎症連携		☆の診療科は裏面も確認してください。

ご注意

血液内科・腎臓内科・内分泌代謝内科・緩和ケア科・放射線科・
 検査科・専門外来は患者さんからの予約は取れません。

- ・混雑時や診療の状況により順番が前後する場合があります。
- ・CT、MRIは医師が緊急と判断した場合のみ当日検査となります。

入り口右手1番窓口までお越しください。 →

院 内 図

