

予 約 申 込 書 (貴院控え)

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)

◎休診日
 土曜、日曜、祭日、国民の休日、
 12月29日から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)
 住 所 _____ TEL - -

予約希望日 ※希望のある場合のみ記入
 (第1希望) 年 月 日()
 (第2希望) 年 月 日()
 (第3希望) 年 月 日() 医師名 _____ ←希望があれば記入
 草加市立病院受診歴 (有・無・不明) ※(有)の場合 市立病院患者番号 _____

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	・呼吸器内科	・循環器内科	・消化器内科
・小児科	・外科	・乳腺外科	・呼吸器外科	・心臓血管外科	・整形外科
・脳神経外科	・眼科	・皮膚科	・泌尿器科	・耳鼻咽喉科	・婦人科
・血液内科	・緩和ケア科	・内分泌代謝内科	☆腎臓内科	☆歯科口腔外科	

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/心エコー+療養支援)

専門外来 ☆肺がん検診(CT) ☆糖尿病腎症連携(休診中)

予約専用ダイヤル **048-946-2305** までお電話ください。

受付時間 : 休診日以外の 8:30~17:00

・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。

ご注意
 次の診療科は患者さんからの予約は取れません。紹介元医療機関からFAX予約をお願いします。

・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

FAX予約ダイヤル **048-946-2501** へ送信してください。