

年 月 日

FAX診療予約申込書

FAX:0285-44-5397 受付時間 平日 9:00~15:00

医療機関名			
所在地	〒 ー		
	電話:	Fax:	
診療科名		医師名	

患者情報		自治受診:有(ID:)・無	
フリガナ		男・女	大正・昭和・平成・令和・西暦
患者氏名	(旧姓:)		生年月日
住所	〒 ー		
	電話:		
病名(主訴)			

予約希望情報

ご都合の悪い日または曜日をごございましたら、ご記入ください。

診療科名 ※必須		医師名	
曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
日			

*** 受付時間外は、翌日以降の対応になります。**

- * 希望診療科は、専門別(心臓血管外科等)でご記入願います。
- * 希望医師が不在等の場合は、他の医師が診察することがあります。
- * 診療時間の指定はできませんのでご了承願います。
- * 初診受付は、8:30~11:00 です。
- * セカンドオピニオン・治験の予約はFAXによる受付は行っておりません。

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

自治医科大学附属病院 患者サポートセンター地域医療連携室

TEL:0285-58-7109