

FAX 診察予約 (変更) 申込票

国立病院機構茨城東病院
地域医療連携室 宛

FAX 029 - 287 - 8638

※ FAX受付・・・月～金曜日 8:30～16:30 (土、日、祝日は除く)

診察券番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ 患者 氏名	<hr/>						
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日			
FAX番号	()	-					
連絡先電話番号 (携帯)	()	-					
前回受診日	年	月	日頃				
主治医	<hr/>					医師	
※ どちらかに○をつけてください。							
1 診察予約を申込みます。		2 診察予約の変更を申込みます。					
(検査等の変更は受付してません)							
月 日分の変更							
※当てはまる事項に○をつけてください。							
●担当医の指示以外で予約を入れる方は、 紹介状をご用意下さるようお願いいたします。				ハ. 在宅酸素療法 二. 睡眠時無呼吸 ホ. ペースメーカー外来 ヘ. その他 ()			
希望日時	第1希望	年	月	日 (曜日)	午前・午後		
	第2希望	年	月	日 (曜日)	午前・午後		
※ 予約状況により希望が通らない場合も ありますので、ご承知ください。							

折り返し予約票をFAXいたします。また、FAXの無い方は、お電話等にてお知らせします。
日にちに余裕をもってお申し込みください。

その他、不明な点は、TEL(代表)029-282-1151の地域医療連携室まで、ご連絡ください。