

# 岩手病院 脳神経内科 外来予約申込書

	独立行政法人 国立病院機構 岩手病院 地域医療連携室 宛
	<b><u>FAX 0191-25-2429(直通)</u></b>
送信先	〒021-0056 岩手県一関市山目字泥田山下48 TEL:0191-25-2428(直通)      問合せ時間: 平日 9:00~16:00
	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 保険情報    を一緒にお願ひ致します。

**【紹介元情報】**

送信日：      年      月      日

医療機関名：			
連絡先 TEL：		FAX：	
診療科：	科	医師名：	先生

**【患者情報】**

ふりがな				
患者氏名		男・女	生年月日	T・S・H・R 年    月    日    ( 歳)
住所	〒			
	TEL      (      )			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ID:      )			

**【受診希望日】**    ※当日受診希望の場合は、必ずお電話ください。

予約日時は、(月)~(金) 午前中 (祝日を除く) となります。

第一希望日	第二希望日	第三希望日	<input type="checkbox"/> 特に希望なし
月    日	月    日	月    日	

※紹介医療機関からの FAX 受理後、当院から『外来予約票』を FAX 致しますので、患者さん・ご家族へお渡し願ひます。

**【備考】**

・患者さまは、貴院でお待ちですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--