

# 診療予約申込票 (FAX用)

地域医療連携室直通 FAX: 052-704-2790 TEL: 052-704-9555

紹介元医療機関名  
所在地  
担当医名  
電話番号  
FAX番号

1. 診療科、またはセンターのいずれかに○をつけてください。 令和 年 月 日

診療科	脳神経内科 循環器内科 消化器内科 呼吸器内科 血液内科
※外来診療 予約枠参照	リハビリテーション科 整形外科 泌尿器科 耳鼻いんこう科 内分泌・糖尿病内科 腎臓内科 皮膚科 (アンチエイジングのみ) 眼科 歯科口腔外科
センター	脳神経医療センター (脳神経内科 リハビリテーション科 放射線科) 先進リハビリセンター (リハビリテーション科 脳神経内科 整形外科 放射線科) 内蔵機能回復センター (循環器内科 消化器内科 呼吸器内科 血液内科 腎臓内科 リハビリテーション科 泌尿器科 放射線科 内分泌・糖尿病内科) 運動機能回復センター (整形外科 リハビリテーション科 放射線科 内分泌・糖尿病内科) 感覚器機能ケアセンター (耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 眼科 皮膚科 歯科 放射線科) やせと肥満の代謝機能回復センター (内分泌・糖尿病内科 リハビリテーション科) アンチエイジング・レーザーケアセンター (皮膚科 眼科 耳鼻咽喉科 歯科)
医師の指定	なし ・ あり (指定医師 )

2. 下記の患者さんを紹介します。

フリガナ	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	年 月 日 ( 歳)	
患者住所		当院受診歴	
本人連絡先 ( )	—	緊急連絡先 ( )	あり・なし

3. 予約日の調整方法 (以下のいずれかにチェック☑をお願いします)

患者さんとみらい光生病院とで予約日の調整を行う。

※上記患者住所の本人連絡先に必ず連絡のつく携帯電話番号をご記入ください。

紹介元の医療機関とみらい光生病院とで予約日の調整を行う。

早い日程で予約希望 第一希望: 月 日 ( ) 第二希望: 月 日 ( )

いつでも良い

※受診日につきましてはこのFAXの受領後、受付処理を行い30分以内にFAXにてご連絡いたします。

**診療情報提供書を、申込時または受診日前日までに FAX で送信してください。**

\*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID No. ( )	予約登録	予約票送付	紹介患者登録	
------------	------	-------	--------	--