

診療予約申込書

(紹介状をお持ちの患者様のみ)

北野病院 地域医療サービスセンター 行

【お問合せ先】

地域医療サービスセンター

TEL 06-6131-2955

■ご受診者について

フリガナ	(カビイ:)	性別	男 女
お名前	(旧姓:)	実母の名	例: 花子 ハナコ
受診履歴	有 (ID:) ・ 無		
生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)		
ご住所	〒 -		
電話		FAX	
外国の方のみ	日本語(可・不可) 英語(可・不可) 通訳同行(可・不可) 日本の健康保険証(有・無)		

■紹介状をもらった医療機関について

医療機関名	
医師名	
電話	

■ご予約について

受診科	
医師名	医師の指定があれば:
希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()
病名・症状	

**当日のご予約は
お取りできません**

※保険証コピーを添付できる方はお願いいたします。



FAX : 06-6312-8620

24 時間送信可能

※受付時間 (祝日・第2・4土曜を除く)

月~金 8:45~19:00 土 8:45~14:45