

# 電話予約申込書

紹介状をお持ちの患者さんは事前に診察予約ができます

予約問い合わせ先 千葉市立海浜病院 地域連携室

予約専用電話 **043-277-8014**

予約受付時間 9:00～12:00 13:00～16:00 (土日・祝日は除く)

下記の①から順番にお聞きしていきます

①  
ご紹介元  
医療機関名

医療機関	(ゴム印可)
TEL	
FAX	

② 紹介先の診療科に○を付けてください

消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	糖尿病外来	内分泌外来	総合内科	小児一般	小児外科	小児整形外科	小児循環器	小児神経	小児内分泌	外科一般	乳腺外科	肛門外来	ヘルニア外来	胆石外来	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	産科	婦人科	形成外科	脳神経外科	泌尿器科	成人先天性心疾患
-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	--------	-------	------	-------	------	------	------	--------	------	------	----	-------	----	-----	------	-------	------	----------

③ 傷病名(ご依頼理由)

傷病名(ご依頼理由)
早めの受診希望 有 ( ) 日以内) ・ 無

④ お名前	(男・女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
連絡先	
当院受診歴	有 (診察券番号: ) ・ 無

予約が取れたら記入してください

月 日 ( )	時台の予約です
診察券番号 ( )	
予約の30分前までに2番窓口にお越しください	

\* 混み具合により、待ち時間が長くなる場合があります。ご了承ください。

- |         |                                    |  |
|---------|------------------------------------|--|
| 診察日の持ち物 | <input type="checkbox"/> この電話予約申込書 | <input type="checkbox"/> 公費受給者証(お持ちの方)   |
|         | <input type="checkbox"/> 紹介状       | <input type="checkbox"/> 海浜病院の診察券(お持ちの方) |
|         | <input type="checkbox"/> 保険証       | <input type="checkbox"/> おくすり手帳(お持ちの方)   |