

受診/検査/入院予約票

予約票番号 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院

先生御待史

(病院名) _____ (担当) _____ (内線) _____
TEL - - (直通) FAX - - (直通)

(フリガナ)	
氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
予約日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分
診療科/検査	
担当医師	
留意事項	

●当日は、予約時間の _____ 分前に総合受付へお越しください。また、以下をチェックして下さい。

- 予約票(この用紙)
- 紹介状(診療情報提供書)
- 診察券(お持ちの方)
- 現在服用中の薬
- お薬手帳等(現在の服用薬が分かるもの)
- 問診票
- 健康保険証
- 公費負担医療の受給者証・身体障害者手帳等(所有されている方)

●予約日の変更や当日の来院が困難になった場合等は、総合受付に“予約票番号”をご連絡下さい。

(病院名) _____
総合受付
TEL - - (直通)