

診療予約申込書

(公立学校共済組合 組合員専用)

令和 年 月 日

氏名(フリガナ)	性別	生年月日
	男・女	S・H 年 月 日 (歳)
自宅住所 〒		
TEL() -		
勤務先名		
勤務先住所 〒		
TEL() - FAX() -		
受診希望診療科 内科系 <input type="checkbox"/> 内科一般 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 外科系 <input type="checkbox"/> 外科一般 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 その他 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 形成外科・皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> ペイン(痛み)外来 <input type="checkbox"/> 診療科不明		
受診希望日時 1. 月 日 曜日 時 分頃 2. 月 日 曜日 時 分頃		
症状等について簡単に記入してください。		

★カルテ作成のため下記の保険者番号・被保険者名等の記載をお願いします。
保険証等の写しでもかまいません。

保険者番号		資格取得	S・H・R 年 月 日
記号番号	公立	被保険者氏名	

TEL(0896)58-3515 (四国中央病院 地域医療連携室)
FAX(0896)56-6081

※予約通知書の送信について(記載がない場合は、勤務先にFAXで送信いたします。)

希望連絡先()