全ての入力をリセット→

浜松医療センター診療予約申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

浜松医療センター登録番号（　　）　医療連携室 TEL：053-451-2760　FAX：053-452-9217

フリガナ			保険者番号		
氏　名	（旧姓：　　） 様	**選択**	記号		番号	
			区分	**選択**	
生年月日	**選択**　年　月　日		ＴＥＬ	（　　）　－	
現住所	〒　－		携帯	－　－	
			その他連絡先	続柄（　　） －　－	

診療予約日時	令和　年　月　日 **選択** 曜日　時　分

紹介状	**選択**	画像データ	**選択**
予約	☐後日、本人から連絡	来院方法	**選択**
通訳	**選択**	受診歴	☐有（　年　月頃）☐無 ☐不明
備考欄			

※希望する診療科を１つ選択ください。

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	26	31	32	33	34	35	36	38	40	41	43	44	46	47	51	54	60	70	71
救急科	腎臓内科	血液科	消化器内科	循環器内科	呼吸器内科	内分泌・代謝内科	脳神経内科	感染症内科	小児科	膠原病・リウマチ内科	消化器外科	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科	心臓血管外科	形成外科	乳腺外科	血管外科	産婦人科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻いんこう科	神経科	放射線治療科	総合診療内科	歯科口腔外科	内視鏡科検査

医療機関名　　TEL

紹介医師名

《 キリトリセンから下を患者さんにお渡しください 》

浜松医療センター診察予約券

浜松医療センター　医療連携室
TEL　053-451-2760　FAX　053-452-9217

氏　名	様
予約科	科
予約日	月　日（**選択**曜日）
予約時間	時　分（　）分前来院

※ A 棟１階「１.初診/紹介」受付に診察予約券（本券）・マイナンバーカード（または保険証）・診療情報提供書（紹介状）・当院診察券（お持ちの方）お薬手帳を提出してください。

※ 予約日に来院できない場合は、浜松医療センター医療連携室（電話：053-451-2760）まで連絡してください。
【受付日時：月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 7 時、土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時（祝日、年末年始（12/29～1/3）を除く）】

※ 当日の診察状況で予約時間通りに診察できない場合があります。あらかじめご了承ください。

※ 患者さんからの「やくばとオンライン予約」申し込みが可能です。（24 時間 365 日予約申し込み可能）

やくばと

2025.10