

## 浜松医療センター診療予約申込書

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: )			男・女	記号				番号			
	様				区分	本人・家族						
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日			乳幼児医療等								
現住所	〒			市町村番号								
				受給者番号								
TEL	( ) -			負担割合	1割・3割							
診療予約日時	令和 年 月 日			曜日	時 分							
紹介状	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 本人持参 <input type="checkbox"/> ファクスのみ			画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		予約	<input type="checkbox"/> 後日、本人から連絡				
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			備考								

※希望する診療科の番号を○で囲んでください。

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	血液内科	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	精神科	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	( )
予約時間	時	分	

※ A棟1階「1.初診/紹介」受付に診察予約券(本券)・保険証・診療情報提供書(紹介状)・当院診察券(お持ちの方)を提出してください。

※ 内視鏡検査は、A棟2階「T」受付に直接お越しください。

※ 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。

