

济生会兵庫県病院 診察予約申込票
FAX送信先：(078) 987-4866 総合支援センター(地域連携)

医療機関名

所在地

医師名

TEL

FAX

担当者

フリガナ

患者氏名

旧姓

()

生年月日 大・昭
平・令

年 月 日

(歳)

性別 男 ・ 女

第1希望 月 日 (曜日)

第2希望 月 日 (曜日)

第3希望 月 日 (曜日)

☐ 希望日なし

※左記希望日で予約がお取り出来ない場合

☐ できるだけ早い日程を希望

☐ 再度連絡・調整を希望

・当日受診の予約はお取りできません

・救急受診/転院のご相談は地域連携まで直接ご連絡をお願いします

本票とともに診療情報提供書の送付をお願いします

*希望医師(無 ・ 有) → 有の場合、希望医師名()

【ご希望に添えない場合もございます】

	診療科	診察曜日		診療科	診察曜日
<input type="checkbox"/>	循環器内科	月～金	<input type="checkbox"/>	産科	月～金
<input type="checkbox"/>	消化器内科	月・火・水・金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 産科セミオープンシステム利用する紹介	
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科→※下記ご確認ください	月～金	<input type="checkbox"/>	婦人科	月～金
<input type="checkbox"/>	腎臓内科	火・木	<input type="checkbox"/>	小児科	月～金
<input type="checkbox"/>	一般内科	月～金	<input type="checkbox"/>	小児外科(非常勤)	金(第1,3,4週)
<input type="checkbox"/>	糖尿病内科(非常勤)【完全予約制】	月・金(第1週)	<input type="checkbox"/>	眼科	月・木・金
<input type="checkbox"/>	膠原病内科(非常勤)【完全予約制】 →まずはお問い合わせください	火	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	月・水・木・金
<input type="checkbox"/>	外科	月～金	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科	月～金
<input type="checkbox"/>	乳腺外科	火・水・金	<input type="checkbox"/>	麻酔科	水
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科→※下記ご確認ください	月・火・木・金	<input type="checkbox"/>	泌尿器科(非常勤)【完全予約制】	月・火・水
<input type="checkbox"/>	整形外科	月～金	<input checked="" type="checkbox"/>	脳神経外科(非常勤)	金
			<input checked="" type="checkbox"/>	皮膚科(非常勤)【予約不可】	月・火・木

※呼吸器内科/呼吸器外科のご予約について

画像データがある場合、診察前に到着するよう事前にご郵送をお願いします

- ・FAXでのお申込みは24時間対応です。受付時間(平日8:30～17:00)以降のお申し込みにつきましては翌診療日の対応とさせていただきます。
- ・診療情報提供書の原本は患者さんにお渡しいただき、当日ご持参くださるようお願いください。
- ・確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、貴院を通じてご連絡ください。

TEL: 078-987-2200 (直通)

2025/06/01