

電話初診予約ご案内書

紹介元

年 月 日

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

埼玉医科大学病院	予 約 日 時
診療科	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
科 診・外来	

電話初診予約ご利用の患者さんへ

- ◆ご来院の際は、下記の太枠内に必要事項を記入の上、上記予約時間の15分前までに、本館1階初診窓口
に、「ご来院日にお持ちいただくもの」をお出しください。
(初診窓口での外来診療申込書の記載は必要ありません)
- ◆ご来院日にお持ちいただくもの
・本書(ご案内書) ・健康保険証 ・各種公費医療券(お持ちの方のみ) ・診療情報提供書(紹介状)
・埼玉医科大学病院のIDカード(診察券)(お持ちの方のみ)
- ◆診療の状況により予定時間より遅れることもあります。予めご了承ください。
- ◆ご受診当日、本書を忘れた場合は初診窓口前にある外来診療申込書を記載してから初診窓口へ提出し予約
があることをお伝え下さい。
- ◆キャンセルや予約変更は紹介元の医療機関へご連絡をお願いします。
- ◆予約日 **当日キャンセル**される時に、**紹介元の医療機関が休診**の場合は患者さんより当院の外来へご連絡を
お願いいたします。※予約診療科のご連絡先(049-276-)
- ◆下記の太枠内は患者さんご自身でご記入ください。

フリガナ	国籍 Nationality	性別 <input type="checkbox"/> 男(M) <input type="checkbox"/> 女(F)	生年月日(Date of Birth)
患者氏名	(氏)Family name (名)First name		明・大・昭 平・令 年 月 日
現住所 (Address in Japan)	〒 - (Zip)	電話番号(Phone No.) 携帯電話(Mobile Phone No.)	
	都道府県 区市 町 府県 郡 村	マンション・アパート名(号室)	
フリガナ	続柄	(Relationship to Patient)	
連絡者 (本人以外)	(氏)Family name (名)First name	患者の	
連絡先 住所 (Family- address)	〒 - (Zip)	電話番号(Phone No.) 携帯電話(Mobile Phone No.)	
	都道府県 区市 町 府県 郡 村	マンション・アパート名(号室)	
埼玉医科大学病院受診歴 あり・なし			
ありの方 前回受診日以降に住所等の変更があれば、変更前のものをお知らせ下さい。			
旧姓	旧住所		
	旧TEL		

電話初診予約ご案内書

記入例

紹介元
 医療機関名
 所在地
 TEL
 FAX
 医師氏名

貴院情報をご記載ください。

年 月 日

電話で予約を取得した日をご記載ください。

埼玉医科大学病院 診療科	予 約 日 時
診療科をご記載ください。	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
科 診・外来	電話連絡にてご予約を取得された日時をご記載ください。

電話初診予約ご利用の患者さんへ

- ◆ご来院の際は、下記の太枠内に必要事項を記入の上、上記予約時間の15分前までに、本館1階初診窓口にて、「ご来院日にお持ちいただくもの」をお出しいただきください。
(初診窓口での外来診療申込書の記載は必要ありません)
- ◆ご来院日にお持ちいただくもの
 - ・本書(ご案内書) ・健康保険証 ・各種公費医療券(お持ちの方のみ) ・診療情報提供書(紹介状)
 - ・埼玉医科大学病院のIDカード(診察券)(お持ちの方のみ)
- ◆診療の状況により予定時間より遅れることもあります。予めご了承ください。
- ◆ご受診当日、本書を忘れた場合は初診窓口前にある外来診療申込書を記載してから初診窓口へ提出し予約があることをお伝え下さい。
- ◆キャンセルや予約変更は紹介元の医療機関へご連絡をお願いします。
- ◆予約日当日キャンセルされる時に、紹介元の医療機関が休診の場合は患者さんより当院の外来へご連絡をお願いいたします。※予約診療科のご連絡先(049-276-)
- ◆下記の太枠内は患者さんご自身でご記入ください。

フリガナ 患者氏名	(氏) Family name (名) First name	国籍 Nationality	性別 <input type="checkbox"/> 男 (M) <input type="checkbox"/> 女 (F)	生年月日 (Date of Birth) 明・大・昭 平・令 年 月 日
現住所 (Address in Japan)	〒 - (Zip)	電話番号 (Phone No.)		
	都道府県	郡	村	マンション・アパート名 (号室)
フリガナ 連絡者 (本人以外)	(氏) Family name (名) First name	続柄	(Relationship to Patient) 患者の	
連絡先住所 (Family-address)	〒 - (Zip)	電話番号 (Phone No.)	携帯電話 (Mobile Phone No.)	
	都道府県	区市 郡	町 村	マンション・アパート名 (号室)

埼玉医科大学病院受診歴 あり・なし

ありの方 前回受診日以降に住所等の変更があれば、変更前のものをお知らせ下さい。

旧姓 旧住所 旧TEL

受診歴等のわかる範囲でご記載ください。