

電話初診予約ご案内書

年 月 日

紹介元医療機関名

医師氏名

電話初診予約ご利用の患者さんへ

埼玉医科大学病院 予約センター 049-276-1179

受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:00

◆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」をお出しください。既に、診察券をお持ちの方も初診窓口にお持ちください。
(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)・マイナンバーカードもしくは資格確認書・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予約センターへご連絡をお願いします。

◆下記の太枠内は患者さんご自身でご記入ください。

埼玉医科大学病院		予 約 日 時			
診療科		年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
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 年 月 日 平・令	
現住所 (Address in Japan)	〒 (Zip)	電話番号 (Phone No.)			
		携帯電話 (Mobile Phone No.)			
フリガナ 連絡者 (本人以外)	(氏) Family name (名) First name	都道府県	区市郡	町 村	(Relationship to Patient) 患者の
					続柄
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				

電話初診予約ご案内書＜記入例＞

年 月 日

紹介元医療機関名

貴院情報をご記載ください。

電話で予約を取得した日をご記

医師氏名

電話初診予約ご利用の患者さんへ

埼玉医科大学病院 予約センター 049-276-1179

受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:00

◆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」をお出しください。既に、診察券をお持ちの方も初診窓口にお寄りください。
(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)・マイナンバーカードもしくは資格確認書・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に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予約センターへご連絡をお願いします。

◆下記の太枠内は患者さんご自身でご記入ください。

埼玉医科大学病院		予 約 日 時			
診療科		年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
診療科をご記載ください。		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。			
患者氏名	(氏) Family name (名) First name	Nationality	<input type="checkbox"/> 男 (M) <input type="checkbox"/> 女 (F)	明・大・昭 平・令	Date of Birth) 年 月 日
現住所 (Address in Japan)	〒 (Zip)	電話番号 (Phone No.) 携帯電話 (Mobile Phone No.)			
フリガナ	患者さんご自身でご記入ください。				
連絡者 (本人以外)	(氏) Family name (名) First name	続柄	名 () 号室) Relationship to Patient)		
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				