

初診予約ご案内書

年 月 日

紹介元医療機関名

医師氏名

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、ご予約時間の30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送りください。
(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) ・お薬手帳(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。

◆下記の太枠内をご記入ください。(代筆可)

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	国籍		性 別	生年月日 (Date of Birth)	
患者氏名	(氏) Family name (名) First name	Nationality	☐ 男 (M) ☐ 女 (F)	明・大・昭 年 月 日 平・令	
	〒 (Zip)		電話番号 (Phone No.) 携帯電話 (Mobile Phone No.)		
現住所 (Address in Japan)	都道府県	区市郡	町村	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			
	〒 (Zip)		電話番号 (Phone No.) 携帯電話 (Mobile Phone No.)		
連絡先住所 (Family-address)	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			

埼玉医科大学病院

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載ください。

医師氏名

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、ご予約時間の30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せください。
(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)・お薬手帳(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。

◆下記の太枠内をご記入ください。(代筆可)

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	☐ 男 (M) ☐ 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.)			
太枠内をご記入ください。(代筆可)					
フリガナ	Relationship to Patient				
連絡者 (本人以外)	(氏) Family name (名) First name	続柄	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			